



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2020

---

## **Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Zürcher Bevölkerung**

Hämmig, Oliver

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-199590>

Published Research Report

Published Version

Originally published at:

Hämmig, Oliver (2020). Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Zürcher Bevölkerung. Zürich: Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich.



Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion



# Gesundheitsberichterstattung

# Gesundheit und Gesundheitsver- halten der Zürcher Bevölkerung

Oliver Hämmig



Universität  
Zürich <sup>UZH</sup>

Herausgegeben vom Institut für Epidemiologie,  
Biostatistik und Prävention der Universität Zürich

# Vorwort



Liebe Leserin, lieber Leser

Wie geht es Ihnen? Wie der vorliegende Gesundheitsbericht offenlegt, kann ein Grossteil der Zürcher Bevölkerung diese Frage mit «gut» bis «sehr gut» beantworten. Trotz auftretender Krankheiten und teilweise bestehender gesundheitlicher Probleme und Beschwerden schätzt die überwiegende Mehrheit der Zürcher Wohnbevölkerung die eigene Gesundheit allgemein als gut bis sehr gut ein.

Das ist ein erfreuliches Resultat. Eine intakte physische und psychische Gesundheit hat entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität. Wie wertvoll es ist, gesund zu sein, merken wir oftmals erst, wenn wir einmal krank sind. Gesund zu werden ist viel schwieriger als gesund zu bleiben. Vorsorge ist daher besser als Nachsorge.

Der periodisch erscheinende Gesundheitsbericht der Universität Zürich ist ein wichtiges Monitoring- und Steuerungsinstrument. Neben der regelmässigen Information der Öffentlichkeit über den Gesundheitszustand der Bevölkerung dient die Berichterstattung auch der Prävention. Der Bericht hilft, Veränderungen von gesundheitlichen Problemen zu erkennen, allfällige Risikogruppen frühzeitig zu identifizieren und entsprechend darauf zu reagieren.

Der Kanton Zürich ist nur so fit, wie es seine Bevölkerung ist. Unser Auftrag ist es daher, die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen, damit die Bevölkerung gesund sein kann. Zusammen mit den Gesundheitseinrichtungen im Kanton und in den Gemeinden stellt die Gesundheitsdirektion die umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicher.

Den wichtigsten Beitrag leistet letztlich jede und jeder Einzelne selbst. Äussere Faktoren können unsere Gesundheit beeinträchtigen, und es gibt Krankheiten, die unausweichlich sind. Mit unserem Verhalten und unserem Lebensstil können wir unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden jedoch massgeblich beeinflussen.

«Hebet Sie Sorg und blibed Sie gsund!»

Natalie Rickli

Regierungsrätin und Vorsteherin der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

<b>1.0 Einleitung</b>	<b>05</b>
<b>2.0 Bevölkerung des Kantons Zürich</b>	<b>09</b>
2.1 Soziale und demografische Merkmale und Besonderheiten	09
2.2 Lebenserwartung, Sterblichkeit und Todesursachen	12
2.3 Zusammenfassung	14
<b>3.0 Gesundheitszustand der Bevölkerung</b>	<b>16</b>
3.1 Allgemeine Gesundheit und Lebensqualität	16
3.2 Gesundheitliche Probleme und Beschwerden	17
3.3 Chronische Krankheiten	20
3.4 Psychische und psychosoziale Gesundheit	22
3.5 Zusammenfassung	24
<b>4.0 Gesundheitsverhalten und Lebensstil</b>	<b>26</b>
4.1 Körperliche (In-)Aktivität	27
4.2 Andauerndes Sitzen	28
4.3 Tabakkonsum	30
4.4 Alkoholkonsum	31
4.5 Medikamentenkonsum	33
4.6 Früchte- und Gemüsekonsum	35
4.7 Internetkonsum	36
4.8 Übergewicht und Adipositas	38
4.9 Lebensstil und Gesundheit	43
4.10 Zusammenfassung	46
<b>5.0 Gesundheit unter besonderen Bedingungen und in unterschiedlichen Lebenswelten</b>	<b>49</b>
5.1 Besondere gesundheitliche Belastungen und Ressourcen	50
5.1.1 Zusammenfassung	56
5.2 Gesundheit und Gesundheitsverhalten in zwei Lebenswelten	56
5.2.1 Zusammenfassung	64
<b>6.0 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen</b>	<b>66</b>
6.1 Arztkonsultationen und Spitalbehandlungen	66
6.2 Vorsorgeuntersuchungen	68
6.3 Zusammenfassung	70

# **1.0** **Einleitung**

# Einleitung

Der vorliegende Bericht geht der Frage nach, wie es um die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der kantonalen Zürcher Wohnbevölkerung steht. Das ist keine leicht und schon gar nicht pauschal und global über die gesamte Bevölkerung hinweg zu beantwortende Frage. Und zwar aus mehrerlei Gründen:

- So ist die Zürcher Bevölkerung etwa keine homogene Gruppe. Genauso wie jede andere, allein geographisch definierte und eingegrenzte Bevölkerungsgruppe ist die Zürcher Bevölkerung eine nach sozialen und demografischen Merkmalen und bezüglich gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen und Lebensgewohnheiten sehr heterogen zusammengesetzte Population. Entsprechend heterogen und unterschiedlich sind auch die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung.
- Gleichzeitig lassen sich Gesundheit wie auch Krankheit nur teilweise objektiv bestimmen. Sie sind massgeblich auch etwas sehr Individuelles und Subjektives, mindestens genauso abhängig von der persönlichen Empfindung und individuellen Einschätzung wie von der ärztlichen Beurteilung. Eine objektive Krankheitsdiagnose muss nicht zwingend mit einem entsprechenden subjektiven Krankheitsempfinden einhergehen. Umgekehrt lässt sich ein individuelles Krankheitsgefühl nicht immer auf eine medizinisch diagnostizierte Krankheit oder ein objektiv messbares Gesundheitsproblem zurückführen.
- Schliesslich beschreiben Gesundheit wie auch Krankheit keinen statischen und stabilen Zustand, sondern sind vielmehr Ergebnis eines vielschichtigen Prozesses und dynamischen Geschehens, im Lebensverlauf ständiger Veränderung unterworfen und im Grunde lediglich die beiden Endpunkte eines Kontinuums. So verstanden sind Menschen praktisch nie ganz gesund oder vollständig krank, sondern zu einem bestimmten Zeitpunkt einfach mehr oder eben weniger gesund bzw. krank. Das heisst, Gesundheit wie auch Krankheit sind nichts Eindimensionales oder Dichotomes, kein Entweder-Oder. Das eine schliesst das andere nicht aus. Wer körperlich erkrankt ist, mag dennoch psychisch gesund sein – und umgekehrt. Und wer heute gesund ist, ist morgen womöglich krank.

Aus den genannten Gründen lässt sich die zentrale, eingangs gestellte Frage nach der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten der Zürcher Bevölkerung immer nur vergleichend beantworten, etwa im Vergleich über die Zeit, im Vergleich mit anderen Kantonen oder Regionen der Schweiz oder und vor allem im Vergleich zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Mit anderen Worten: Die Gesundheit der Bevölkerung oder einzelner Untergruppen lässt sich nicht absolut bestimmen, sondern immer nur relativ einschätzen, d.h. in Relation zu anderen Personen, Populationen oder Regionen oder zu früheren Zeitpunkten bzw. Datenerhebungen.

Ausserdem stützt sich die Beantwortung der Frage dabei mangels Alternativen fast ausnahmslos auf subjektive Befragungsdaten, d.h. auf selbstberichtete Angaben, die manchmal von objektiven Gesundheitsparametern oder vielmehr von medizinischen Messungen und ärztlichen Einschätzungen abweichen mögen, aber deswegen als bevölkerungsbezogene Gesundheitsindikatoren nicht weniger gültig und zuverlässig sind. Abgesehen davon deckt sich die subjektive Einschätzung der Gesundheit häufig weitgehend mit objektiven Messungen. So haben Studien etwa gezeigt, dass die individuelle und allgemeine Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit meist gut übereinstimmt mit der ärztlichen Fremdbeurteilung.

Im Unterschied zu den beiden vorangegangenen, sogenannten «Spezialberichten» aus den Jahren 2016 und 2018 fokussiert der vorliegende «Globalbericht» nicht auf ein spezielles Thema (soziale Beziehungen) oder eine spezifische Bevölkerungsgruppe (Erwerbstätige in Gesundheitsberufen), sondern auf die ständige Wohnbevölkerung des Kantons Zürich als Ganzes. Weil sich die zentrale Frage nach der Gesundheit der Zürcher Bevölkerung wie eingangs schon erwähnt jedoch nicht oder nur mit Vorbehalt global beantworten lässt, wird im vorliegenden Bericht systematisch differenziert zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen, die sich nach Geschlecht, Alter, Bildungsniveau und Erwerbsstatus unterscheiden, und gleichzeitig der Kanton Zürich stets verglichen mit der übrigen Deutschschweiz.

Konkret werden folgende Untergruppen der ständigen Zürcher Wohnbevölkerung im Bericht konsequent voneinander unterschieden und miteinander verglichen:

- **Frauen** (ab 15 Jahren)
- **Männer** (ab 15 Jahren)
- **Jugendliche** (15–24 Jahre)
- **Junge Erwachsene** (25–44 Jahre)
- **Erwachsene im mittleren Alter** (45–64 Jahre)
- **Rentnerinnen und Rentner** (ab 65 Jahren)
- **Wenig Gebildete** (ab 25 Jahren)
- **Mittelmässig Gebildete** (ab 25 Jahren)
- **Hoch bis sehr hoch Gebildete** (ab 25 Jahren)
- **Erwerbstätige** (ab 25 Jahren)
- **Nichterwerbstätige und Erwerbslose** (zwischen 25 und 64 Jahren)

Sämtliche Untergruppen weisen altersspezifische Eingrenzungen auf. Die für den Bericht hauptsächlich verwendeten Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (siehe Box 1) werden überhaupt nur bei 15-jährigen und älteren Personen erhoben, weswegen die beiden Geschlechter (und auch alle anderen Subpopulationen) erst ab einem Alter von 15 Jahren miteinander verglichen werden können. Manche Untergruppen werden bezüglich Alter zusätzlich eingeschränkt, wobei stets Jugendliche bis 25 Jahre ausgeklammert werden. Denn der Bildungs- und Erwerbsstatus von Jugendlichen unter 25 Jahren ist häufig noch vorläufig und unbestimmt. Viele sind bis dahin noch in (Erst-)Ausbildung, und die erfasste höchste abgeschlossene (schulische und/ oder berufliche) Ausbildung sagt daher wenig über das tatsächliche Bildungsniveau und den künftigen bzw. zu erwartenden Bildungsstatus aus. Die Unterscheidung nach Bildungsniveau vor dem Alter von 25 Jahren ist daher wenig hilfreich. Auch der formale Erwerbsstatus ist bei Jugendlichen häufig noch unbestimmt und daher irreführend oder zumindest wenig aussagekräftig. Die Gruppe der Erwerbslosen wiederum ist zu klein, um sie gesondert auszuweisen und separat zu untersuchen. Und obwohl die definitionsgemäss als (vorübergehend) arbeitslos registrierten Erwerbslosen formal zur Erwerbsbevölkerung gezählt werden, ist ihr Erwerbsstatus in der Schwebe und ihr Sozialstatus und «Berufsprestige» eher niedrig oder unbestimmt, vergleichbar der Gruppe der Nichterwerbstätigen, der sie stattdessen und demzufolge zugeordnet werden.

Im Übrigen wird der Kanton Zürich jeweils der übrigen deutschsprachigen Schweiz gegenübergestellt. Ein Vergleich mit der gesamten oder übrigen Schweiz oder mit anderen Sprachregionen (Romandie, Tessin) macht aufgrund kultureller Unterschiede im Verständnis und bei der Beantwortung gleichlautender Fragen wenig Sinn.

### Datengrundlage

Der vorliegende Bericht und die darin präsentierten Ergebnisse und Befunde stützen sich vornehmlich auf die Daten der jüngsten Erhebung der **Schweizerischen Gesundheitsbefragung** (SGB) aus dem Jahr **2017** und punktuell auch auf frühere Erhebungen, der seit 1992 alle fünf Jahre stattfindenden landesweiten Bevölkerungsumfrage. Die SGB basiert jeweils auf einer repräsentativen Zufallsstichprobe der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz ab einem Alter von 15 Jahren. Die Gesamtstichprobe der sechsten Datenerhebung aus dem Jahr 2017 umfasst total 22 134 ständig in der Schweiz wohnhafte, 15-jährige und ältere Personen, von denen 2457 im Kanton Zürich wohnen und damit zur kantonalen Zürcher Stichprobe zählen. Für den vorliegenden Bericht als Datengrundlage verwendet wurden allerdings nur die Angaben und Antworten derjenigen 2056 im Kanton Zürich wohnhaften Befragten, die nicht nur am telefonischen Interview, sondern zusätzlich auch noch an der darauffolgenden, wahlweise postalischen oder internetbasierten schriftlichen Befragung teilgenommen und den Fragebogen dabei vollständig handschriftlich oder online ausgefüllt haben. Dass die Zürcher Stichprobe mit einem Anteil von rund 11 % aller Befragten gemessen an der relativen Bevölkerungsstärke des bevölkerungsreichsten Schweizer Kantons mit rund 1,52 Mio. Einwohnern und einem Anteil von knapp 18 % an der Schweizer Wohnbevölkerung in der SGB deutlich unterrepräsentiert ist, hat mit der gezielten Erhöhung der Stichproben einzelner, kleiner (Halb-)Kantone zu tun, die damit in der SGB teilweise stark überproportional vertreten sind.

Durch die Zufallsauswahl der Befragungsteilnehmenden ist die Repräsentativität der Daten und der Gesamtstichprobe der SGB weitgehend gewährleistet. Allerdings trifft dies aufgrund geringer Fallzahlen nicht auf einzelne der kantonalen Unterstichproben zu, die manchmal weniger als 100 Fälle umfassen. Zur zusätzlichen Gewährleistung der Repräsentativität der Daten und Generalisierbarkeit der Befunde und zur Korrektur von sozialen und regionalen Disproportionalitäten in der Stichprobe, wurden die Daten daher zusätzlich nach verschiedenen demographischen und geographischen Merkmalen gewichtet und die Anzahl Fälle auf die Grundgesamtheit der Schweizer Wohnbevölkerung hochgerechnet. Durch diese Gewichtung zählt die Zürcher Stichprobe knapp 1,25 Mio. 15-jährige und ältere Personen und umfasst damit einen proportional korrekten Anteil von 17,7 % an der gleichaltrigen Schweizer Wohnbevölkerung. Die in den Tabellen und Abbildungen des vorliegenden Berichts ausgewiesenen relativen Häufigkeiten (Prozentwerte) sind entsprechend und ausnahmslos auf Grundlage der gewichteten und extrapolierten Daten errechnet worden. Wo bei einzelnen Bevölkerungsgruppen absolute Häufigkeiten bzw. Stichprobengrößen (N) aufgeführt sind, wurden hierfür die ungewichteten Daten verwendet oder vielmehr die effektiven und ursprünglichen Fallzahlen herangezogen.



# **2.0 Bevölkerung des Kantons Zürich**

**2.1 Soziale und demografische Merkmale und Besonderheiten**

**2.2 Lebenserwartung, Sterblichkeit und Todesursachen**

**2.3 Zusammenfassung**

# Bevölkerung des Kantons Zürich

## 2.1 Soziale und demografische Merkmale und Besonderheiten

Um die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Populationen und/oder einzelnen Subpopulationen einschätzen und miteinander vergleichen zu können, müssen deren soziale und demografische Merkmale und Besonderheiten berücksichtigt werden. Denn nicht selten sind Unterschiede zwischen Bevölkerungen oder Bevölkerungsgruppen bezüglich Gesundheit und Gesundheitsverhalten überwiegend oder sogar ausschliesslich auf deren unterschiedliche Zusammensetzung etwa bezüglich Alter, Geschlecht, Bildung, Zivilstand, Nationalität, Erwerbsstatus usw. zurückzuführen und nicht auf vermeintliche geografische, also nationale oder regionale Besonderheiten, kulturelle Unterschiede, ethnische Differenzen oder unterschiedliche biologische Prädispositionen. Unterschiede und Ungleichheiten nach sozialen (und demografischen) Merkmalen wie diesen sind häufig repräsentativ und stellvertretend für unterschiedliche Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie hauptverantwortlich für unterschiedliche gesundheitsbezogene Lebensstile und Verhaltensweisen und damit die wahren Ursachen von Gesundheitsproblemen und Krankheiten und von gesundheitlicher Ungleichheit zwischen unterschiedlichen Regionen, «Kulturen», Ethnien usw.

Die diesem Bericht zugrundeliegende Untersuchungspopulation oder genauer die Zürcher Stichprobe der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017, auf deren Grundlage der vorliegende Bericht basiert, und deren Untergruppen weisen spezifische und im Grunde recht typische soziodemografische Charakteristika auf (siehe Tab. 1):

Einerseits ist die Zürcher Wohnbevölkerung insgesamt signifikant höher gebildet als diejenige der übrigen Deutschschweiz und weist mit 26 % auch einen höheren Ausländeranteil und mit 74 % ebenso einen leicht höheren Beschäftigungsgrad (Arbeits- bzw. Erwerbslose eingeschlossen) auf als die ständige Wohnbevölkerung der übrigen Deutschschweiz, die einen Ausländeranteil von 21 % und einen Beschäftigungsgrad von 71 % verzeichnet. Das war zu erwarten und ist relativ typisch für eine urbane Region wie dem Kanton Zürich im Vergleich mit den zumeist ländlicheren Kantonen der übrigen Deutschschweiz. Der etwas höhere Beschäftigungsgrad ist dabei nicht etwa nur auf eine höhere weibliche (69 %), sondern auch auf eine höhere männliche Erwerbsquote im Kanton Zürich (79 %) im Vergleich zur übrigen Deutschschweiz zurückzuführen, wo die Erwerbsquote bei den Frauen 67 % und bei den Männern 76 % beträgt.

Andererseits weisen die in diesem Bericht gesondert ausgewiesenen und untersuchten Untergruppen der Zürcher Bevölkerung jeweils typische Spezifika auf (siehe Tab. 1). So haben beispielsweise die jungen Erwachsenen (25- bis 44-Jährige) ein deutlich höheres Bildungsniveau als die Erwachsenen im mittleren Alter (45- bis 64-Jährige) und insbesondere als die Rentnerinnen und Rentner (65-Jährige und Ältere). Bei den Jugendlichen (15- bis 24-Jährige) liegt dieses zwar tiefer, was aber hauptsächlich damit zu tun hat, dass diese ihre Ausbildung zumeist noch nicht abgeschlossen haben. Bei den Nichterwerbstätigen und insbesondere den Arbeitslosen ist das Bildungsniveau ebenfalls vergleichsweise niedrig. Und der Frauenanteil ist bei den wenig Gebildeten mit knapp 61 % noch immer überproportional hoch, währenddessen der Männeranteil umgekehrt bei den hoch bis sehr hoch Gebildeten mit über 57 % klar über dem Durchschnitt liegt. Typisch ist etwa auch, dass der Anteil an Ledigen und Unverheirateten mit zunehmendem Alter markant abnimmt von 98 % bei den unter 25-jährigen Jugendlichen auf 6 % bei den 65-jährigen und älteren Rentnerinnen und Rentnern. Oder dass der Anteil an Geschiedenen oder Verwitweten mit dem Alter stark zunimmt von lediglich 4 % bei den jungen Erwachsenen zwischen 25 und 44 Jahren auf 34 % bei den Rentnerinnen und Rentnern. Hinzu kommt, dass die – in solchen Bevölkerungsbefragungen ohnehin systematisch unterschätzte – Arbeitslosenquote bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen überdurchschnittlich hoch ist. Oder dass der Ausländeranteil unter den wenig Gebildeten sowie den Nichterwerbstätigen und Erwerbslosen teilweise weit überproportional ist. Oder dass die Erwerbsquote mit zunehmendem Bildungsniveau kontinuierlich ansteigt von 56 % (wenig Gebildete) auf 84 % (hoch Gebildete), was natürlich und hauptsächlich mit der fortschreitenden Bildungsexpansion zu tun hat, also damit, dass die nicht (mehr) erwerbstätigen Rentnerinnen und Rentner insgesamt ein deutlich tieferes Bildungsniveau aufweisen als die jüngeren Generationen und in den unteren Bildungsschichten daher klar übervertreten sind.

**Tabelle 1**

Soziodemografische Merkmale der Wohnbevölkerung des Kantons Zürich sowie einzelner Bevölkerungsgruppen und der übrigen Deutschschweiz

	<b>Frauen</b> (ab 15 J.)	<b>Männer</b> (ab 15 J.)	<b>Jugendliche</b> (15–24 J.)	<b>Junge Erwachsene</b> (25–44 J.)	<b>Erwachsene im mittleren Alter</b> (45–64 J.)	<b>Erwachsene im Rentenalter</b> (65+ J.)
Stichprobengrösse/Fallzahl (N)	1073	983	198	651	713	494
<b>Anteil an Zürcher Wohnbevölkerung</b> (15+ Jahre)	49,2 %	50,8 %	10,4 %	35,4 %	32,6 %	21,6 %
<b>Geschlecht</b>						
Mann	–	100 %	52,0 %	52,1 %	51,1 %	47,6 %
Frau	100 %	–	48,0 %	47,9 %	48,9 %	52,4 %
<b>Alter</b>						
15–24 Jahre	10,1 %	10,6 %	100 %	–	–	–
25–44 Jahre	34,5 %	36,4 %	–	100 %	–	–
45–64 Jahre	32,4 %	32,8 %	–	–	100 %	–
65+ Jahre	23,0 %	20,2 %	–	–	–	100 %
<b>Bildungsniveau</b>						
Gering (1–7)	19,7 %	14,9 %	45,8 %	8,5 %	14,7 %	21,7 %
Mittel (8–10)	35,6 %	28,6 %	27,9 %	24,3 %	33,7 %	44,2 %
Hoch (11–16)	17,6 %	23,9 %	21,9 %	24,3 %	19,6 %	16,4 %
Sehr hoch (17–20)	27,1 %	32,6 %	4,5 %	42,9 %	31,9 %	17,7 %
<b>Nationalität</b>						
Schweizerische	76,0 %	72,3 %	82,3 %	62,3 %	74,5 %	88,9 %
Ausländische	24,0 %	27,7 %	17,7 %	37,7 %	25,5 %	11,1 %
<b>Zivilstand</b>						
Ledig / unverheiratet	32,3 %	39,1 %	98,2 %	49,6 %	20,4 %	6,2 %
Verheiratet	48,9 %	50,5 %	1,8 %	46,0 %	62,3 %	59,7 %
Geschieden	10,9 %	8,3 %	0 %	3,8 %	15,4 %	14,8 %
Verwitwet	8,0 %	2,1 %	0 %	0,6 %	1,8 %	19,4 %
<b>Erwerbsstatus</b>						
Erwerbstätig	65,5 %	76,4 %	72,8 %	90,3 %	85,1 %	17,4 %
Nichterwerbstätig	31,5 %	21,5 %	24,3 %	5,5 %	12,7 %	82,6 %
Arbeitslos	3,0 %	2,1 %	2,9 %	4,3 %	2,2 %	0 %

Datenquelle: **SGB 2017** (%: gewichtete Daten; N: ungewichtete Daten)



\*25-jährige und ältere Erwachsene ohne oder mit nur obligatorischer Schulbildung oder bloss 1- bis 2-jähriger nachobligatorischer Schul-/Berufsbildung (Vor-/Anlehre, Haushaltslehrjahr usw.)

\*\*Übrige Deutschschweiz: Kantone BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG

Wenig* Gebildete (ab 25 J.)	Mittel Gebildete (ab 25 J.)	(Sehr) hoch Gebildete (ab 25 J.)	Erwerbs- tätige (25–64 J.)	Nicht- erwerbs- tätige & Erwerbslose (25–64 J.)	Total Kt. ZH (ab 15 J.)	Total Übrige D-CH** (ab 15 J.)
246	592	1016	1202	162	<b>2056</b>	10 192
12,5 %	29,2 %	48,0 %	59,7 %	8,3 %	<b>100 %</b>	
39,5 %	44,7 %	57,4 %	53,9 %	35,4 %	<b>50,8 %</b>	49,1 %
60,5 %	55,3 %	42,6 %	46,1 %	64,6 %	<b>49,2 %</b>	50,9 %
–	–	–	–	–	<b>10,4 %</b>	12,6 %
24,1 %	29,6 %	49,6 %	53,5 %	41,5 %	<b>35,4 %</b>	31,3 %
38,4 %	37,8 %	35,1 %	46,5 %	58,5 %	<b>32,6 %</b>	34,4 %
37,4 %	32,7 %	15,3 %	–	–	<b>21,6 %</b>	21,7 %
100 %	–	–	10,2 %	21,0 %	<b>17,3 %</b>	20,6 %
–	100 %	–	28,0 %	34,5 %	<b>32,0 %</b>	40,6 %
–	–	38,6 %	22,8 %	16,3 %	<b>20,8 %</b>	19,8 %
–	–	61,4 %	38,9 %	28,2 %	<b>29,9 %</b>	18,9 %
56,6 %	81,0 %	72,6 %	68,8 %	63,3 %	<b>74,1 %</b>	79,4 %
43,4 %	19,0 %	27,4 %	31,2 %	36,7 %	<b>25,9 %</b>	20,6 %
14,3 %	24,0 %	35,1 %	36,7 %	27,4 %	<b>35,7 %</b>	32,1 %
63,6 %	56,2 %	52,4 %	52,7 %	62,2 %	<b>49,7 %</b>	52,8 %
11,7 %	12,5 %	9,3 %	9,8 %	6,3 %	<b>9,6 %</b>	10,1 %
10,4 %	7,3 %	3,2 %	0,8 %	4,0 %	<b>5,0 %</b>	4,9 %
53,5 %	61,0 %	81,3 %	100 %	–	<b>71,0 %</b>	69,3 %
43,7 %	36,4 %	16,2 %	–	73,0 %	<b>26,4 %</b>	28,9 %
2,7 %	2,5 %	2,4 %	–	27,0 %	<b>2,6 %</b>	1,8 %

→

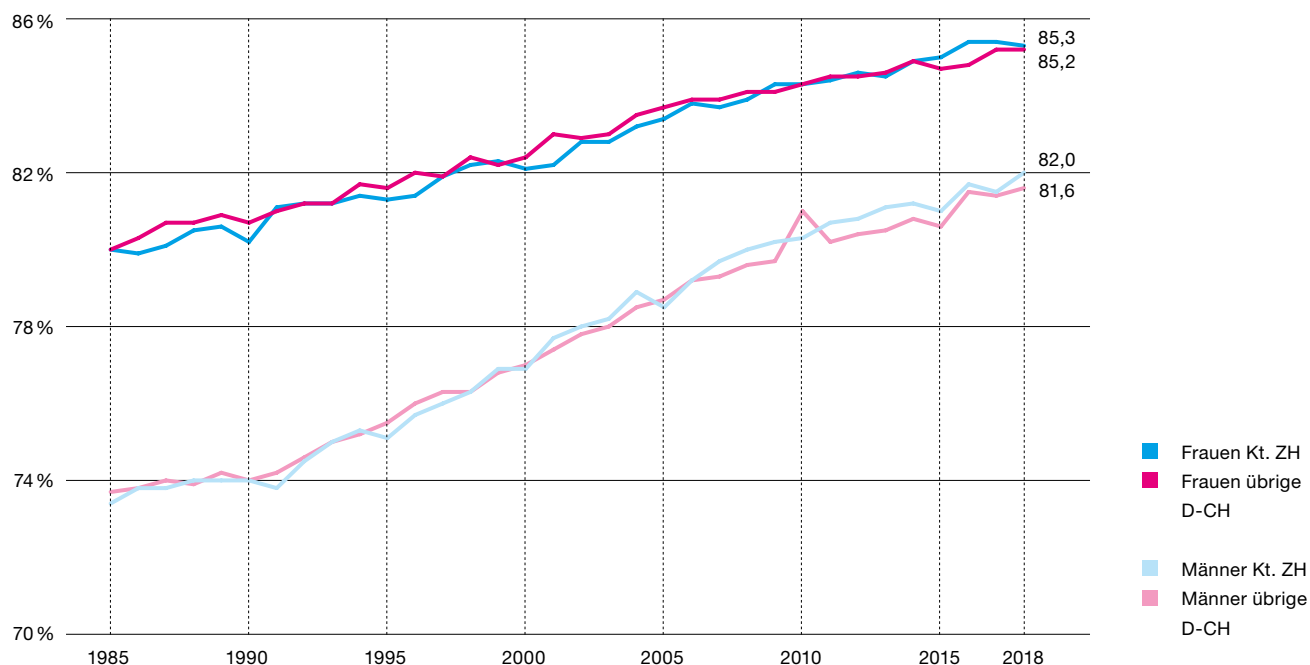
## 2.2 Lebenserwartung, Sterblichkeit und Todesursachen

Ein sehr häufig zwecks vergleichender Beurteilung der Gesundheit von Populationen und/oder der Gesundheitssysteme von Nationen oder Regionen beigezogener Globalindikator ist die durchschnittliche Lebenserwartung. Gerne wird die Lebenserwartung im Zeitverlauf beschrieben, da sich hier seit Jahrzehnten, ja im Grunde sogar seit mehr als einem Jahrhundert ein klarer und recht linear ansteigender Trend abzeichnet. Häufig wird dabei nach Geschlecht unterschieden, weil die beiden Geschlechter bekanntlich eine deutlich unterschiedliche Lebenserwartung aufweisen. Gleiches gilt im übrigen auch für die verschiedenen Bildungsschichten und Einkommensklassen.

Der besagte zeitliche Trend und Geschlechterunterschied sind – wenngleich auf unterschiedlichem Niveau bzw. in unterschiedlichem Ausmass – international zu beobachtende und damit eigentlich globale Phänomene, die sich eben auch in der Schweiz und damit im Kanton Zürich zeigen. Konkret steigt die mittlere Lebenserwartung bei Geburt im Kanton Zürich seit Jahrzehnten ungebrochen an und liegt bei den Männern inzwischen bei 82 Jahren und bei den Frauen bei über 85 Jahren. Bei den Männern verlief dieser Anstieg in den 1990er Jahren und frühen 2000er Jahren ausgeprägter als bei den Frauen (siehe Abb. 1). Insgesamt hat sich die Lebenserwartung über die letzten drei Jahrzehnte im Kanton Zürich wie in der übrigen Deutschschweiz bei den Frauen um rund 5 Jahre erhöht und bei den Männern sogar um gut 8 Jahre. Als Folge davon hat sich der typische Geschlechterunterschied in der Lebenserwartung zugunsten der Frauen von noch rund 6 Jahren in den 1980er Jahren mehr als drei Jahrzehnte später um fast die Hälfte auf etwas mehr als 3 Jahre im Jahr 2018 reduziert. Im Vergleich mit der übrigen Deutschschweiz weisen die Männer wie die Frauen im Kanton Zürich schon seit einigen Jahren eine geringfügig höhere mittlere Lebenserwartung auf, was typisch ist für urbane Regionen mit mehr Zu- als Abwanderung und wohl auf einen Selektionseffekt zurückzuführen ist. Denn geografisch mobile Personen genauso wie übrigens Migranten sind häufig jünger und gesünder als die einheimische, alteingesessene Durchschnittsbevölkerung.

### Abbildung 1

Mittlere Lebenserwartung bei Geburt nach Geschlecht von 1985 bis 2018, Kanton Zürich und übrige Deutschschweiz



Spiegelbildlich zur leicht höheren mittleren Lebenserwartung liegt die alterskorrigierte Sterblichkeit im Kanton Zürich über alle Todesursachen und beide Geschlechter hinweg in den Jahren zwischen 2013 und 2017 zwar nur geringfügig, jedoch statistisch signifikant unter derjenigen der übrigen Deutschschweiz (siehe Tab. 2). Dieser regionale Unterschied in der Sterblichkeit und «komparative Vorteil» zugunsten des Kantons Zürich zeigt sich bei den Männern schon seit Beginn des 21. Jahrhunderts, bei den Frauen hingegen erst in den letzten Jahren und dabei weniger ausgeprägt. Besonders deutlich (und hochsignifikant) ist die niedrigere Mortalität der Zürcherinnen und Zürcher

in Bezug auf Diabetes sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie bei Männern infolge von Verkehrsunfällen und chronischer Bronchitis (siehe Tab. 2). Einen diesbezüglichen «Nachteil» und damit ein signifikant höheres Sterberisiko im Vergleich mit der übrigen Deutschschweiz weist der Kanton Zürich in der jüngsten Beobachtungsperiode nur infolge von Infektionskrankheiten (bei Männern) sowie von psychischen Erkrankungen und Demenzerkrankungen (bei Frauen) auf. Bei der Sterblichkeit hinsichtlich aller Krebskrankheiten zeigt sich praktisch kein Unterschied zur übrigen Deutschschweiz, und auch bei den einzelnen Krebsarten sind höchstens die etwas niedrigere Lungenkrebssterblichkeit bei den Zürcher Männern und die etwas höhere Brustkrebssterblichkeit bei den Zürcherinnen erwähnenswert.

Knapp ein Drittel aller Todesfälle im Kanton Zürich ist durch eine Herz-Kreislauf-Erkrankung und mehr als ein Viertel durch eine Krebserkrankung bedingt. Insgesamt werden im Kanton Zürich rund 72 % aller Sterbefälle bei den Männern und 73 % aller Sterbefälle bei den Frauen durch Krebserkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder durch weitere chronische Krankheiten wie Diabetes, Demenz, Leberzirrhose und chronische Bronchitis verursacht (siehe Tab. 2). Weitere 8 % bei den Männern und 6 % bei den Frauen entfallen auf Unfälle, Suizide und sonstige Gewalteinwirkungen. Der Rest der Todesfälle lässt sich anderen Krankheiten wie etwa psychischen Erkrankungen oder Infektionskrankheiten zuschreiben oder aber nicht genau zuordnen.

**Tabelle 2**

Wichtigste Todesursachen, absolute Sterbefälle und altersstandardisierte Sterberaten nach Geschlecht, Kanton Zürich in Abweichung zur übrigen Deutschschweiz (2013–17)

Todesursache	Männer			Frauen		
	N	Sterberate <sup>1</sup>	% übrige D-CH <sup>2</sup>	N	Sterberate <sup>1</sup>	% übrige D-CH <sup>2</sup>
<b>Alle Ursachen</b>	<b>25868</b>	<b>516,1</b>	<b>96***</b>	<b>28393</b>	<b>360,0</b>	<b>98**</b>
Unklare Ursachen <sup>3</sup>	976	20,8	93*	937	12,1	93*
<b>Unfälle/Gewalteinwirkungen</b>	<b>1820</b>	<b>39,9</b>	<b>93**</b>	<b>1387</b>	<b>20,4</b>	<b>103</b>
Suizid	646	15,3	91*	251	5,9	107
Verkehrsunfälle	129	3,2	64***	63	1,4	99
<b>Krebserkrankungen</b>	<b>7740</b>	<b>158,2</b>	<b>98</b>	<b>6678</b>	<b>108,6</b>	<b>101</b>
Lungenkrebs	1511	32,0	94*	1028	18,5	102
Darmkrebs	793	16,2	99	717	10,9	107
Brustkrebs	–	–	–	1201	20,7	106*
Prostatakrebs	1167	21,5	100	–	–	–
<b>Herz-Kreislauf-Krankheiten</b>	<b>7877</b>	<b>149,7</b>	<b>93***</b>	<b>9427</b>	<b>99,7</b>	<b>91***</b>
Koronare Herzkrankheiten	3537	67,9	96*	2957	31,2	93***
Übrige Herzkrankheiten	1772	33,5	85***	2411	25,5	85***
Hirngefässkrankheiten	1176	21,7	95	1779	19,4	97
<b>Übrige Krankheiten</b>	<b>7455</b>	<b>147,4</b>	<b>99</b>	<b>9964</b>	<b>119,3</b>	<b>102</b>
Infektionskrankheiten	342	7,2	117**	361	4,5	98
Diabetes	457	8,9	83***	487	5,6	76***
Demenz	1671	29,4	103	3753	36,6	108***
Psychische Krankheiten <sup>4</sup>	299	6,6	94	334	4,5	120**
Chronische Bronchitis <sup>5</sup>	805	15,5	81***	740	9,9	96
Leberzirrhose	339	7,8	105	188	3,7	105

\* p≤0,05; \*\* p≤0,01; \*\*\* p≤0,001

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Statistik der Todesfälle und Todesursachen

<sup>1</sup> Sterbefälle pro 100 000 Personenjahre, WHO-Standardbevölkerung «Europa»

<sup>2</sup> Division der alterstandardisierten Sterberate für den Kanton Zürich mit derjenigen für die übrige Deutschschweiz (übrige D-CH); ein Wert von 120 bedeutet, dass die Mortalität im Kanton Zürich nach Korrektur für Alterseffekte 20 % höher ist als in der übrigen Deutschschweiz

<sup>3</sup> Bei den «unklaren Ursachen» handelt es sich um Sterbefälle, für die keine Todesursache festgestellt werden konnte, oder für die aus irgendeinem Grund keine genauere Diagnose vermerkt wurde. Ein Anteil von 3–4 % Sterbefällen, für die keine Todesursache bestimmt werden kann, gilt international nicht als aussergewöhnlich und muss nicht auf einen ungenügenden Aufwand bei der Todesursachenabklärung hindeuten. Möglicherweise werden unklare Diagnosen im Kanton Zürich anders codiert als in der übrigen Deutschschweiz.

<sup>4</sup> ohne Demenz (ICD-10: F00–F03)

<sup>5</sup> inkl. andere chronische Krankheiten der unteren Atemwege

### **2.3 Zusammenfassung**

Im Vergleich mit der Bevölkerung in der übrigen Deutschschweiz sind die Einwohnerinnen und Einwohner des urbanen Kantons Zürich leicht jünger, etwas höher gebildet, weisen einen höheren Ausländeranteil und Beschäftigungsgrad auf, leben ein wenig länger und sterben signifikant seltener an den Folgen von Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Verkehrsunfällen. Wie in der übrigen Deutschschweiz steigt auch im Kanton Zürich die Lebenserwartung weiter an, wobei sich der typische Geschlechterunterschied diesbezüglich seit Jahrzehnten stetig verringert. Im Kanton Zürich wohnhafte Männer haben bei Geburt mittlerweile eine durchschnittliche statistische Lebenserwartung von 82 Jahren, Frauen eine von 85 Jahren. Die höhere Sterblichkeit der Männer im Vergleich mit den Frauen ist im Kanton Zürich hauptsächlich auf deutlich höhere Sterberaten infolge von Krebserkrankungen (v.a. Lungen- und Darmkrebs) und koronaren Herzerkrankungen (Arteriosklerose, Angina Pectoris, Herzinfarkt) zurückzuführen. Aber auch eine signifikant höhere Sterblichkeit infolge von Suiziden und Verkehrsunfällen, Diabetes, Leberzirrhose, chronischer Bronchitis und Infektionskrankheiten schlägt bei den Zürcher Männern zu Buche. Das sind fast ausnahmslos Todesursachen, die massgeblich auf ein erhöhtes Risiko- oder ungünstiges Gesundheitsverhalten zurückgehen.

# **3.0**

## **Gesundheits- zustand der Bevölkerung**

**3.1 Allgemeine Gesundheit und Lebensqualität**

**3.2 Gesundheitliche Probleme und Beschwerden**

**3.3 Chronische Krankheiten**

**3.4 Psychische und psychosoziale Gesundheit**

**3.5 Zusammenfassung**



# Gesundheitszustand der Bevölkerung

Weitere Globalindikatoren für die Gesundheit einer Bevölkerung oder einer Gesellschaft neben der mittels Registerdaten erhobenen statistischen Lebenserwartung (bei Geburt) oder Sterberate sind die üblicherweise in Bevölkerungsumfragen ermittelte bzw. berichtete persönliche Lebensqualität und die selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit der Individuen. In der selbsteingeschätzten Gesundheit und Lebensqualität bilanziert und bewertet ein Individuum summarisch sämtliche positiven wie auch negativen Aspekte der eigenen Gesundheit und der persönlichen Lebenssituation. Es hat sich in zahlreichen epidemiologischen Studien gezeigt, dass insbesondere die selbsteingeschätzte individuelle Gesundheit sowohl ein verlässlicher Indikator für die (vornehmlich körperliche) Gesundheit als auch ein zuverlässiger Prädiktor für die Sterblichkeit oder vielmehr Lebenserwartung ist, also relativ gut vorherzusagen vermag, wie lange jemand lebt.

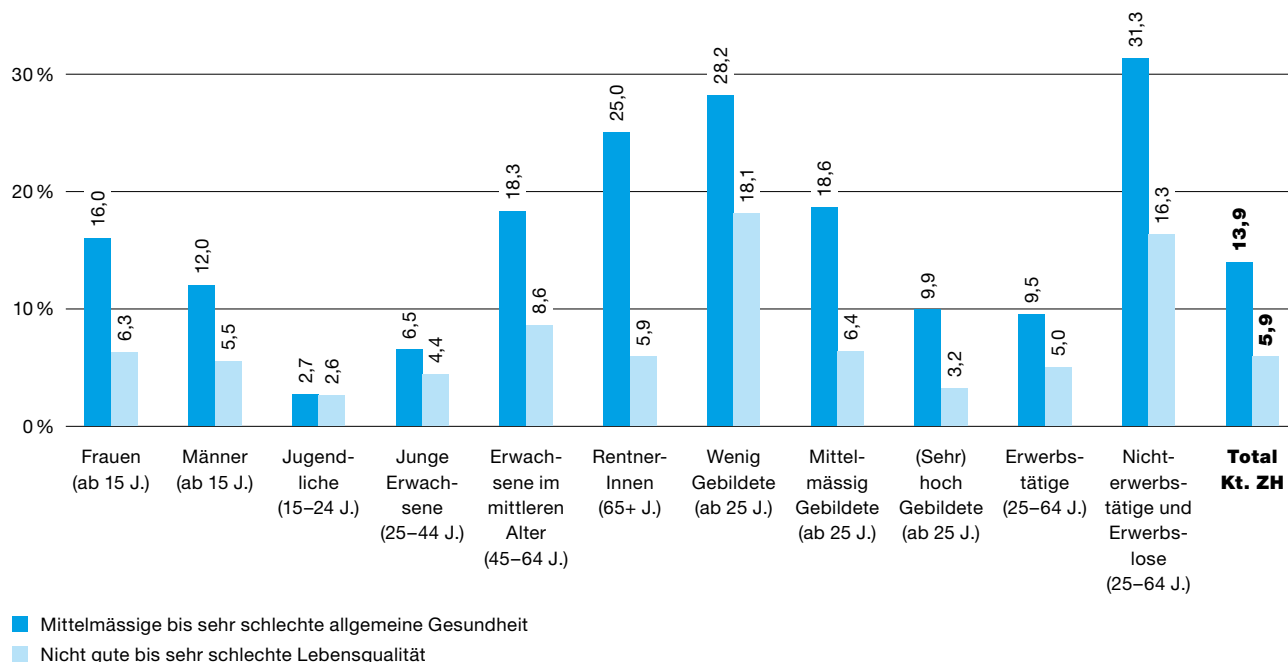
## 3.1 Allgemeine Gesundheit und Lebensqualität

Trotz teilweise weitverbreiteter Krankheiten und gesundheitlicher Probleme und Beschwerden (siehe Abb. 3 und 4) schätzt die überwiegende Mehrheit der Zürcher Wohnbevölkerung (86 %) die eigene Gesundheit allgemein als gut bis sehr gut ein. Immerhin knapp ein Achtel der Bevölkerung (12 %) hält sich selbst jedoch nur für (mittel-)mässig gesund. Die verbleibenden 2 % finden gar, dass sie bei schlechter bis sehr schlechter Gesundheit sind. Dieser Anteil derjenigen, die nach eigener Einschätzung bei lediglich mittelmässiger oder sogar (sehr) schlechter Gesundheit sind, variiert allerdings beträchtlich zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen (siehe Abb. 2). Deutlich über dem Durchschnitt von 14 % liegen hierbei die Erwachsenen im mittleren Alter (45- bis 64-Jährige) und im Rentenalter (65-Jährige und Ältere), die mittelmässig bis wenig Gebildeten sowie die Nichterwerbstätigen und Erwerbslosen. Besonders auffällig sind hier die RentnerInnen, die wenig Gebildeten und die Nichterwerbstätigen und Erwerbslosen, von denen nach eigenen Angaben immerhin ein Viertel bis fast ein Drittel bei mässiger bis schlechter allgemeiner Gesundheit ist.

Eine (sehr) schlechte selbsteingeschätzte Gesundheit scheint häufig auch mit einer nicht guten oder gar (sehr) schlechten Lebensqualität einherzugehen (siehe Abb. 2). Mit Ausnahme der Rentnerinnen und Rentner, die zwar relativ häufig keine (sehr) gute allgemeine Gesundheit, dafür eine vergleichsweise gute bis sehr gute Lebensqualität aufweisen, sind es auch hier wiederum die wenig Gebildeten und die Nichterwerbstätigen bzw. Erwerbslosen, welche relativ häufig eine mangelnde Lebensqualität beklagen. Fast jede(r) fünfte wenig Gebildete und jede(r) sechste Nichterwerbstätige und Erwerbslose schätzt die eigene Lebensqualität als nicht gut oder sogar sehr schlecht ein. Hier spielen natürlich auch Selektionseffekte eine Rolle, denn unter den wenig Gebildeten wie unter den Nichterwerbstätigen befinden sich überproportional viele Rentnerinnen und Rentner, die natürlich häufiger krank sind oder Beschwerden haben und ihre Gesundheit und Lebensqualität daher schlechter einschätzen als jüngere Generationen, welche nicht nur besser ausgebildet, sondern meist auch noch erwerbstätig sind.

**Abbildung 2**

Lebensqualität und allgemeine Gesundheit, Gesamtbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich

**3.2 Gesundheitliche Probleme und Beschwerden**

Ähnlich wie bezüglich mässiger bis schlechter selbsteingeschätzter Gesundheit steigt bei Zürcherinnen und Zürchern die Wahrscheinlichkeit oder vielmehr Häufigkeit gravierender gesundheitlicher Probleme in Form einer chronischen Krankheit oder einer gesundheitsbedingten Einschränkung im Alltag mit fortschreitendem Alter stetig an (siehe Abb. 3). Die Häufigkeit einer gesundheitsbedingten Einschränkung im Alltag oder eines chronischen Gesundheitsproblems ist unter Rentnerinnen und Rentnern fast dreimal so hoch wie unter Jugendlichen. Gleichzeitig nimmt die Häufigkeit solcher Gesundheitsprobleme mit zunehmender Bildung kontinuierlich ab. Und wiederum zeigen sich die typischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern einerseits und den beiden Populationen der Erwerbstätigen sowie der Nichterwerbstätigen und Erwerbslosen andererseits. Frauen und Nichterwerbstätige bzw. Erwerbslose sind häufiger betroffen oder berichten zumindest häufiger von solchen Gesundheitsproblemen als Männer und Erwerbstätige.

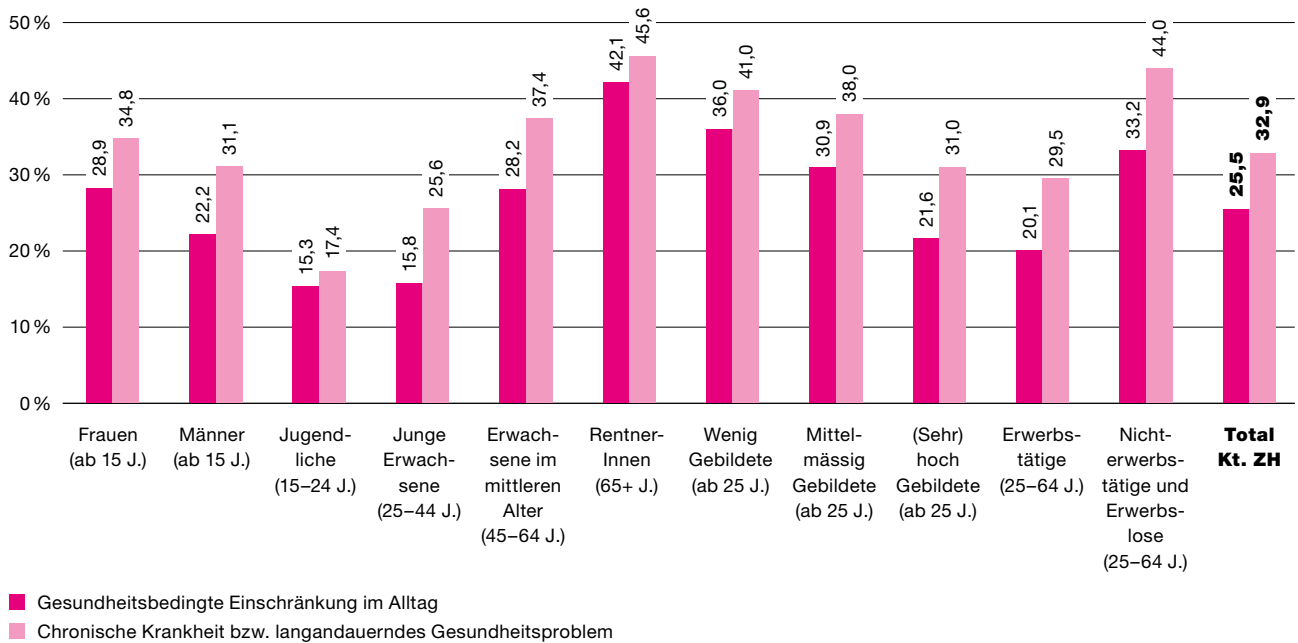
Die klaren und linearen Verläufe der beiden genannten Gesundheitsprobleme (Einschränkung im Alltag, chronische Krankheit) gerade über die Altersklassen hinweg, sind ein Hinweis dafür, dass es sich hierbei vornehmlich um körperliche Gesundheitsprobleme handelt, die im Altersverlauf für gewöhnlich zunehmen – im Unterschied zu den psychischen Problemen, die mit fortschreitendem Alter in der Regel zurückgehen.

Bezüglich weit verbreiteter, dabei wohl etwas weniger gravierender Gesundheitsprobleme wie muskuloskelettale Beschwerden, Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Erschöpfungssymptome zeigt sich zunächst ein ähnliches Muster, liegen deren Prävalenzen bei Frauen, wenig Gebildeten und Nichterwerbstätigen doch fast durchwegs und meist deutlich höher als bei Männern, höher Gebildeten und Erwerbstätigen (siehe Abb. 4). Beim Alter weicht das Muster für diese gesundheitlichen Beschwerden allerdings teilweise klar vom typischen Verlauf ab. So nehmen zwar Schlafstörungen und tendenziell auch muskuloskelettale Beschwerden im Altersverlauf wiederum stetig zu. Hingegen nehmen Erschöpfungssymptome wie auch Kopfschmerzen mit zunehmendem Alter an Häufigkeit kontinuierlich und mitunter deutlich ab.

Ähnliches gilt für krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit in den vergangenen vier Wochen (nicht abgebildet und ausgewiesen), welche mit fortschreitendem Alter ebenfalls kontinuierlich abnimmt und bei Jugendlichen deutlich häufiger vorkommt (22 %) als bei jungen erwerbstätigen Erwachsenen (10 %) oder solchen im fortgeschrittenen Erwerbsalter (9 %). Über wenige bzw. kurzfristige Arbeitsabsenzen (1–3 Tage) in den letzten vier Wochen infolge Krankheit oder Unwohlsein berichten fast 17 % der unter 25-jährigen Jugendlichen, 8 % der 25- bis 44-jährigen Erwachsenen und 6 % der 45-jährigen und älteren Erwerbstätigen. Und auch häufige oder längerfristige Absenzen von 4 und mehr Tagen geben immerhin fast 6 % der jugendlichen Erwerbspersonen, aber lediglich knapp 3 % der übrigen Erwerbstätigen an. Typischerweise sind solche selbstberichteten Arbeitsabsenzen bei Frauen häufiger (13 %) als bei Männern (8 %).

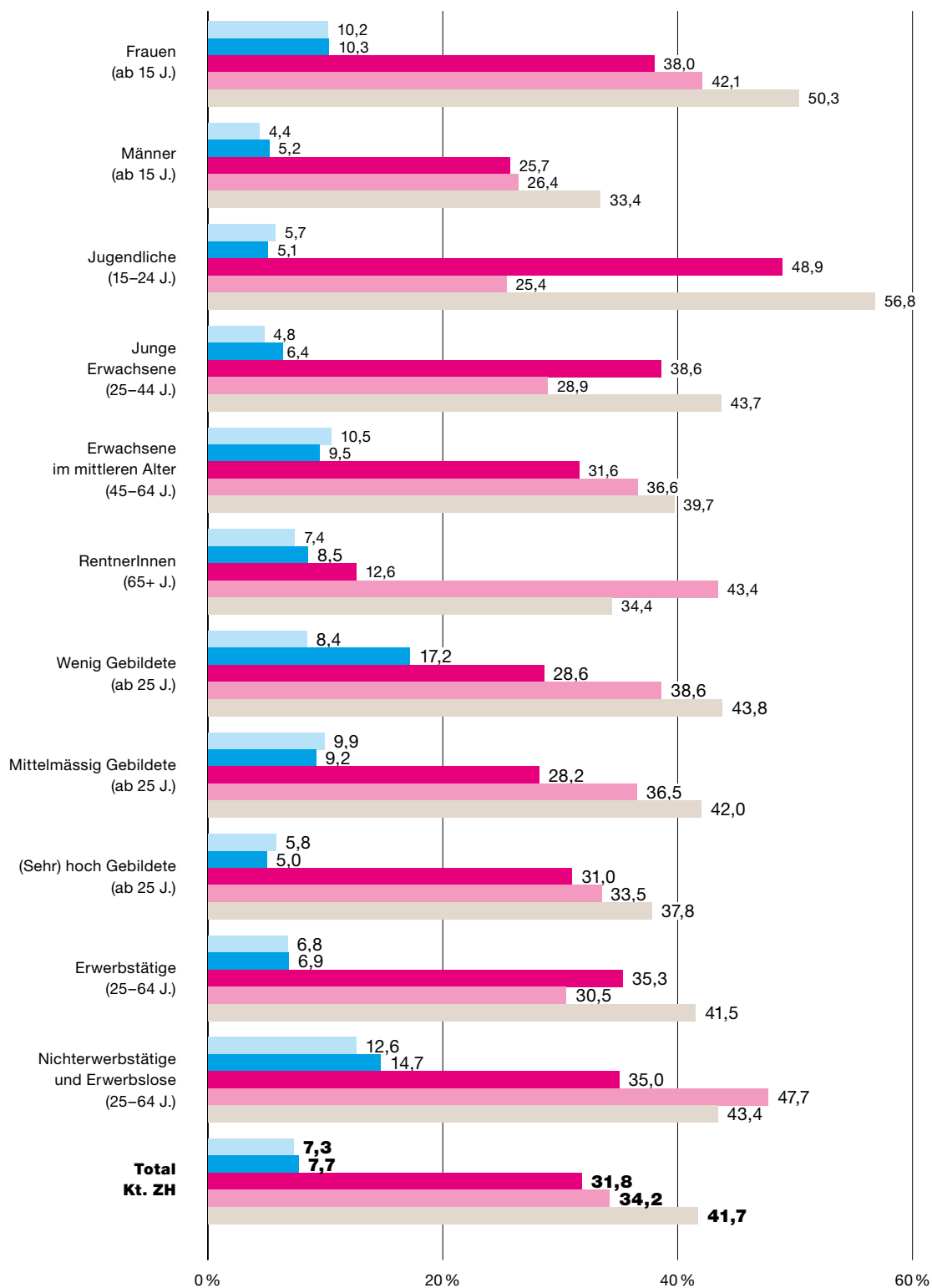
### Abbildung 3

Langandauernde und einschränkende Gesundheitsprobleme, Gesamtbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich



# Abbildung 4

Gesundheitliche Beschwerden, Gesamtbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich



Starke Nacken- oder Schulterschmerzen (letzte 4 Wochen)

Starke Rücken- oder Kreuzschmerzen (letzte 4 Wochen)

Kopfschmerzen, Druck im Kopf (letzte 4 Wochen)

Ein- oder Durchschlafstörungen (letzte 4 Wochen)

Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit (letzte 4 Wochen)

### 3.3 Chronische Krankheiten

Chronische Krankheiten sind im Kanton Zürich mit Ausnahme von Allergien geringfügig weniger häufig als in der übrigen Deutschschweiz. Zu den mit Abstand häufigsten chronischen Krankheiten in der Zürcher Wohnbevölkerung zählen Allergien (27 %) wie Heuschnupfen oder Haut- und Lebensmittelallergien, gefolgt von Muskel-Skelett-Erkrankungen (15 %) wie Arthrose, Arthritis oder Osteoporose und Atemwegserkrankungen (6 %) wie Asthma, chronische Bronchitis oder COPD. Dann folgen Harninkontinenz (5 %) sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und/oder Krebserkrankungen (2 %), die in der Allgemeinbevölkerung durchschnittlich so selten sind, dass sie hier aus statistischen Gründen (geringe Fallzahlen) zusammengefasst wurden.

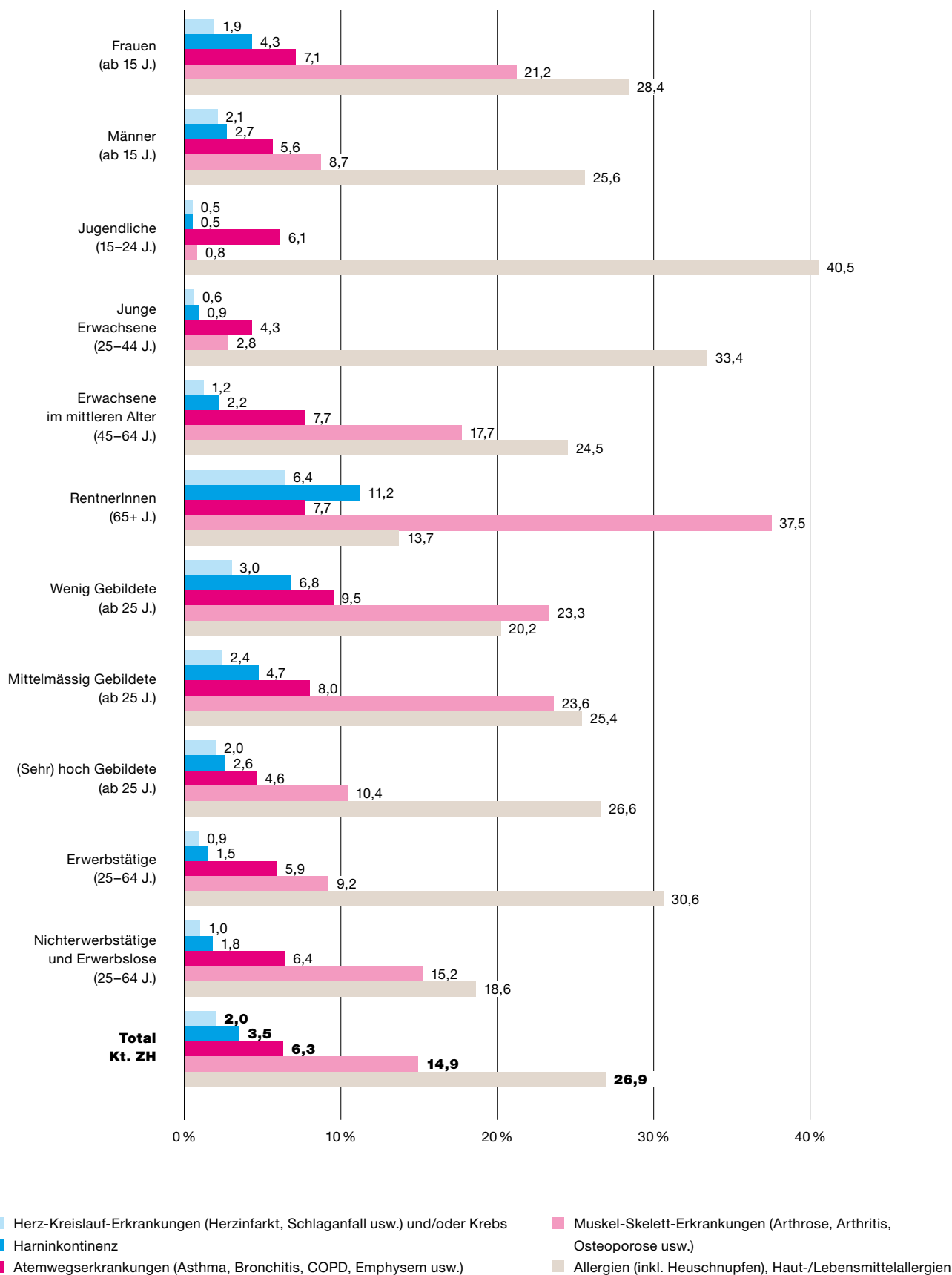
Chronische Krankheiten treten typischerweise erst in fortgeschrittenem Alter überhaupt auf bzw. sind mit zunehmendem Alter umso häufiger. Genauso verhält es sich beispielsweise mit Muskel-Skelett-Erkrankungen oder mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen in der Zürcher Bevölkerung. Sind Muskel-Skelett-Erkrankungen wie Arthrose, Arthritis oder Osteoporose unter Jugendlichen noch praktisch keine auszumachen und unter 25- bis 44-Jährigen noch immer höchst selten (3 %), weist bereits mehr als jede sechste im Kanton Zürich wohnhafte Person im Alter von 45 bis 64 Jahren (18 %) eine solche Erkrankung auf. Unter den Rentnerinnen und Rentnern sind es dann schliesslich sogar über ein Drittel (38 %).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkte oder Schlaganfälle, aber auch Krebserkrankungen sind insgesamt vergleichsweise wenig verbreitet, nicht zuletzt weil sie häufig zu stationärer medizinischer Behandlung oder gar zum Tod führen, wodurch die Erkrankten in Bevölkerungsumfragen systematisch unterrepräsentiert sind oder gänzlich aus der Grundgesamtheit und der Morbiditätsstatistik fallen. Zudem sind solche schweren, nicht selten tödlich verlaufenden Krankheiten stärker stigmatisiert und tabuisiert als andere und in Bevölkerungsbefragungen daher auch deutlich «underreported», also in ihrer Häufigkeit zusätzlich unterschätzt. Entsprechend verzeichnet die Zürcher Bevölkerung nach eigenen Angaben und gemäss Schweizerischer Gesundheitsbefragung von 2017 bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und/oder Krebserkrankungen eine kumulierte und kombinierte Prävalenzrate von lediglich 2 % (siehe Abb. 5). Dies obschon die beiden Krankheitsgruppen mit Abstand zu den häufigsten Todesursachen hierzulande zählen. Vor allem von den unter 65-Jährigen Zürcherinnen und Zürchern werden besagte Krankheiten besonders selten angegeben. Dafür treten sie bei den Rentnerinnen und Rentnern eigenen Angaben zufolge gehäuft, d.h. immerhin bei jeder 15. Person auf (siehe Abb. 5). Zudem sind diese Krankheiten bei weniger Gebildeten leicht häufiger zu beobachten als bei höher Gebildeten, was wohl auf den relativ hohen Anteil an 65-Jährigen und Älteren unter den weniger Gebildeten zurückzuführen ist.

Atemwegserkrankungen wie Asthma, chronische Bronchitis oder chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) sind im Kanton Zürich gleichermassen verbreitet wie in der übrigen Schweiz und ungefähr bei jeder 16. im Kanton Zürich wohnhaften Person anzutreffen (siehe Abb. 5). Sie nehmen allerdings mit zunehmendem Bildungsniveau an Prävalenz klar ab, was wenig überrascht, da Industrie- und Bauarbeiter sowie Handwerker, die in den unteren Bildungsschichten in der Regel überrepräsentiert sind, vermehrt entsprechenden Gesundheitsrisiken und Gefahrenstoffen (Staub, Rauch, Gase usw.) ausgesetzt sind, etwa bei der Arbeit bzw. am Arbeitsplatz oder infolge eines erhöhten Tabakkonsums. Entsprechend weisen nahezu 10 % der wenig Gebildeten, aber lediglich die Hälfte, also knapp 5 % der (sehr) hoch Gebildeten eine oder mehrere solcher Atemwegserkrankungen auf (siehe Abb. 5).

### Abbildung 5

Chronische Krankheiten, Gesamtbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich



### 3.4 Psychische und psychosoziale Gesundheit

Psychische Krankheit ist besonders stigmatisiert. Umso mehr Vorsicht ist geboten bei selbstberichteter psychischer Krankheit. Und umso wichtiger ist es, die psychische Gesundheit im Rahmen von Gesundheitsberichten und Bevölkerungsumfragen nicht nur mittels eines einzelnen Indikators und/oder direkt erfragter psychischer Krankheit zu erfassen, sondern durch mehrere Einzelindikatoren und/oder durch Skalen mit jeweils verschiedenen Fragen, die leicht unterschiedliche Symptome, aber dieselbe Krankheit oder Symptomatik (z.B. Depression) erfassen.

Aus diesem Grund werden im vorliegenden Bericht zur Abschätzung der psychischen Gesundheit in der Zürcher und übrigen Deutschschweizer Wohnbevölkerung verschiedene Indikatoren verwendet, die im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung erfasst werden, darunter auch zwei international etablierte Skalen. Dabei handelt es sich zum einen um die deutsche Version des 9 Fragen umfassenden Depressionsmoduls des sogenannten «Patient Health Questionnaire» (kurz: PHQ-9), eines weltweit in der Forschung und auch routinemässig in der medizinischen Grundversorgung bzw. klinischen Praxis eingesetzten standardisierten Screening- bzw. Diagnostikinstrumentes zur Messung des Vorliegens und Schweregrads depressiver Symptomatik oder Störungen. Zum anderen handelt es sich um eine Kurzform oder Subskala des SF-36 (Short Form Health Survey), eines umfassenden Gesundheitsfragebogens, der ursprünglich von der RAND Corporation, einem US-amerikanischen Think Tank, entwickelt und in der sog. Medical Outcomes Study (MOS) von 1988 verwendet wurde. Diese 5 Fragen umfassende Kurzform unter dem Namen «Mental Health Inventory» (kurz: MHI-5) ist ein international etabliertes und validiertes Screening-Instrument und ein häufig verwendeter Schnelltest zur Erfassung psychischer Gesundheit oder vielmehr psychischer Beeinträchtigung.

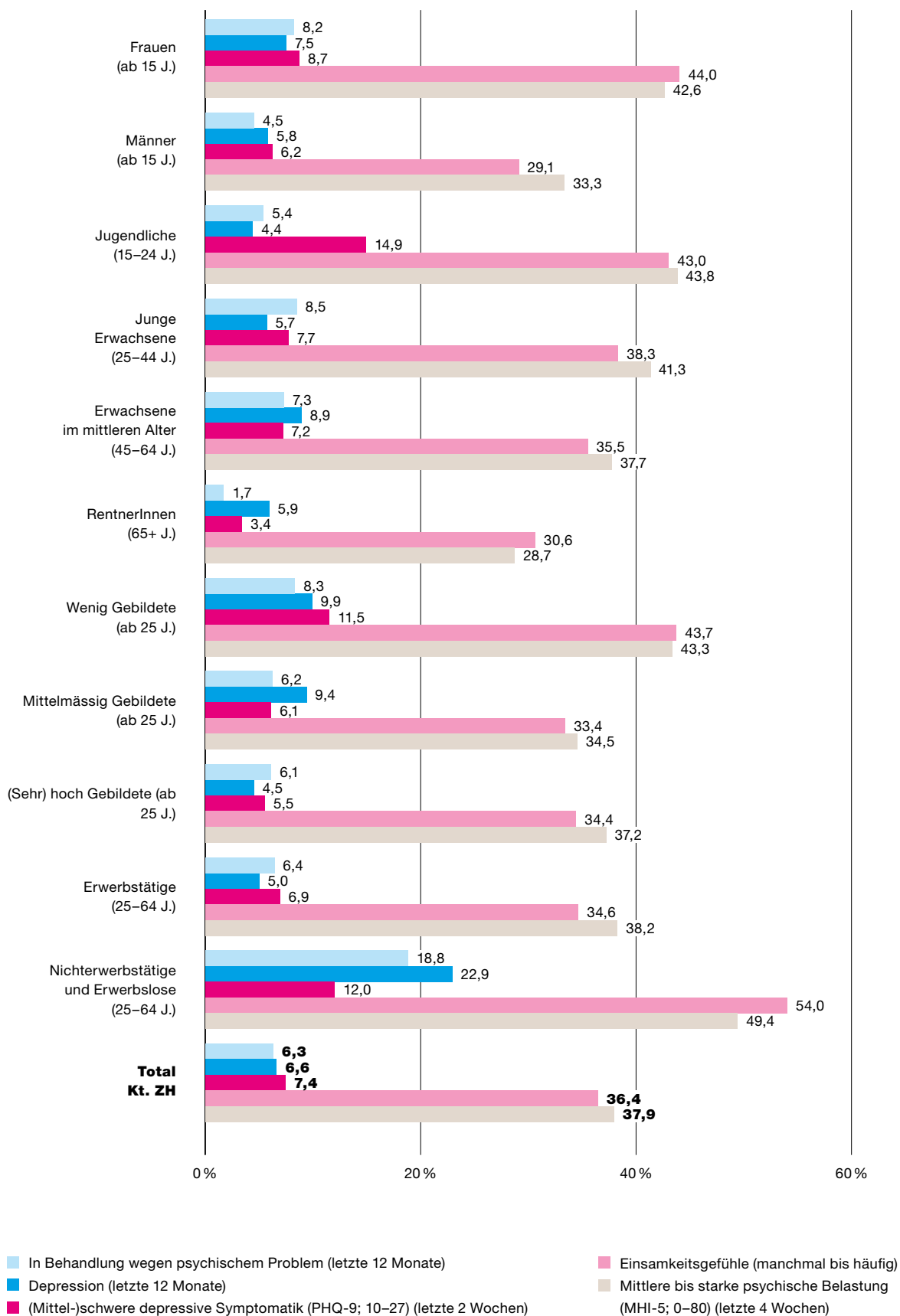
Bei den zusätzlich verwendeten Einzelindikatoren handelt es sich um die direkte Frage nach einer (medizinischen bzw. psychiatrischen oder psychotherapeutischen) Behandlung im vergangenen Jahr «wegen einem psychischen Problem» und nach einer Depression als eine Krankheit während der letzten 12 Monate. Schliesslich wurde auch die Angabe zur Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen als Indikator zur psychischen oder vielmehr psychosozialen Gesundheit verwendet. Denn ein andauerndes Einsamkeitsgefühl, verstanden als «subjektiver Ausdruck eines Mangels an sozialen Ressourcen oder eines Bedürfnisses nach zusätzlichen oder andersweitigen sozialen Kontakten» (Bundesamt für Statistik) hat nachweislich negative Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Betroffenen, wie auch der im Jahr 2016 erschienene Zürcher Gesundheitsbericht unter dem Titel «Soziale Beziehungen und Gesundheit im Kanton Zürich» eindrücklich belegt.

Wie sich anhand all dieser Indikatoren zeigt, ist nur eine kleine Minderheit der ständigen kantonalzürcherischen Wohnbevölkerung wegen einem psychischen Problem in Behandlung (6 %), zeigt eine (mittel-)schwere depressive Symptomatik (7 %) oder ist im vergangenen Jahr (vor der Befragung) nach eigenen Angaben von einer veritablen Depression betroffen gewesen (7 %). Allerdings sind diese Prozentwerte zumeist leicht höher als in der übrigen Deutschschweiz. Auch eine mittlere bis starke psychische Belastung ist in der Zürcher Bevölkerung etwas weiter verbreitet (38 %) als in der übrigen Deutschschweiz (36 %), wenn auch nur unwesentlich. Bemerkenswert sind jedoch die teilweise erheblichen Unterschiede zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen (siehe Abb. 6). So zeigen etwa die noch im Erwerbsalter stehenden, also unter 65-jährigen Nichterwerbstätigen und Erwerbslosen im Vergleich mit den gleichaltrigen Erwerbstätigen deutlich erhöhte Prozentwerte bezüglich mittlerer bis starker psychischer Belastung (49 % vs. 38 %), (mittel-)schwerer depressiver Symptomatik (47 % vs. 31 %), diagnostizierter Depression (23 % vs. 5 %) und therapeutischer Behandlung wegen einem psychischem Problem (19 % vs. 6 %). Auch gelegentliche bis häufige Einsamkeitsgefühle sind unter ihnen deutlich weiter verbreitet (54 % vs. 35 %). Darüber hinaus fällt auf, dass Depressivität und psychische Belastung und Einsamkeitsgefühle mit zunehmendem Alter klar und stetig rückläufig sind (siehe Abb. 6). Das gilt zwar nicht oder nur tendenziell für diagnostizierte Depressionen und in Behandlung befindliche psychische Probleme, ist aber als Ganzes dennoch ein klarer Befund. Signifikant erhöhte Prävalenzen bezüglich der verschiedenen psychischen Probleme, Störungen und Beeinträchtigungen lassen sich auch bei Frauen (im Vergleich mit Männern) und wenig Gebildeten (im Vergleich mit höher und vor allem hoch Gebildeten) beobachten (siehe Abb. 6).

Mit Ausnahme der Rentnerinnen und Rentner also, die in dieser Hinsicht für einmal nicht zu den Risikogruppen gezählt werden dürfen – im Gegenteil –, sind neben den Frauen, welche gerade psychische Probleme bekanntlich auch eher eingestehen als Männer (Reporting Bias), wiederum die weniger Gebildeten und vor allem die Nichterwerbstätigen sowie Erwerbslosen bei vergleichsweise schlechter psychischer Gesundheit. Deren niedriger Sozialstatus oder genauer: tiefer Bildungs- und Erwerbsstatus mag dabei sowohl Ursache (Expositionseffekt) als auch Folge (Selektionseffekt) der beeinträchtigten psychischen Gesundheit sein.

# Abbildung 6

Psychische Gesundheit bzw. Krankheit, Gesamtbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich





### **3.5 Zusammenfassung**

Die überwiegende Mehrheit der Zürcher Wohnbevölkerung ab 15 Jahren ist laut eigenen Angaben bei guter bis sehr guter allgemeiner Gesundheit, hat eine gute bis sehr gute Lebensqualität und weist nur wenige bzw. nur geringfügige gesundheitliche Beschwerden und kaum chronische Krankheiten auf. Einer Bevölkerungsminderheit jedoch geht es nach eigener Bekundung und Einschätzung gesundheitlich weniger gut bis sehr schlecht. Und dieser Anteil variiert über die verschiedenen Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich hinweg teilweise sehr stark. Dabei zeigen sich zumeist typische Unterschiede und Verlaufsmuster nach sozialen und demografischen Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Bildung und Erwerbsstatus: So berichten Frauen ab 15 Jahren typischerweise etwas häufiger von gesundheitlichen Einschränkungen, Beschwerden und Problemen sowie von chronischen Krankheiten als gleichaltrige Männer. Gleiches gilt für Nichterwerbstätige im erwerbsfähigen Alter und für Erwerbstätige auf Stellensuche (Arbeitslose) im Vergleich mit den Erwerbstätigen. Vor allem aber nehmen gesundheitliche Beschwerden, Gesundheitsprobleme sowie chronische Krankheiten wie Muskel-Skelett-Erkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit zunehmendem Alter und abnehmender Bildung in der Regel an Häufigkeit kontinuierlich zu. Eine auffällige Ausnahme hiervon bilden die Allergien, die mit steigendem Alter klar abnehmen und mit fortschreitender Bildung stetig zunehmen. Auch Kopfschmerzen und Erschöpfungssymptome nehmen mit zunehmendem Alter klar ab. Tendenziell oder auch nur punktuell gilt dies ebenso für psychische Belastungen, Probleme und Krankheiten (Depressionen).

# 4.0 **Gesundheits- verhalten und Lebensstil**

**4.1 Körperliche (In-)Aktivität**

**4.2 Andauerndes Sitzen**

**4.3 Tabakkonsum**

**4.4 Alkoholkonsum**

**4.5 Medikamentenkonsum**

**4.6 Früchte- und Gemüsekonsum**

**4.7 Internetkonsum**

**4.8 Übergewicht und Adipositas**

**4.9 Lebensstil und Gesundheit**

**4.10 Zusammenfassung**

# Gesundheitsverhalten und Lebensstil

Die Gesundheit und das Wohlbefinden von Individuen und Bevölkerungen wird massgeblich durch deren Gesundheitsverhalten und Lebensstil beeinflusst. Zum Gesundheitsverhalten zählen neben dem Bewegungsverhalten (körperliche Aktivität, Sport) und dem Ernährungsverhalten (Konsum von Lebensmitteln im engeren Sinne) ausserdem zahlreiche weitere Verhaltensweisen und Lebensgewohnheiten. Dazu gehören der Konsum von Genuss- und Suchtmitteln oder von Arzneimitteln genauso wie die Nutzung und der Konsum von Medien (TV, Internet usw.), das Schlafverhalten, das Sexualverhalten, das Mobilitätsverhalten (Teilnahme am Verkehr, Nutzung von Transportmitteln) oder die Teilnahme oder eben Nicht-Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsmassnahmen (Gebrauch von Sonnenschutzmitteln, Tragen von Sicherheitsgurten usw.).

Dieses Gesundheitsverhalten kann positiv und protektiv sein. D.h. es kann die Gesundheit fördern und auch vor Belastungen und Risiken schützen. Es kann aber auch negativ und risikoreich sein, also gesundheitsschädigend oder zumindest für die Gesundheit eher abträglich. Wenn es sich bei dabei zudem um alltägliche, sich ständig wiederholende Verhaltensmuster handelt, also um feste Lebensgewohnheiten, dann kann es die Gesundheit nachhaltig beeinträchtigen, also zu chronischen Krankheiten führen, ja sogar die Lebenserwartung verkürzen.

Das gesundheitsbezogene Verhalten und der persönliche Lebensstil werden aber seinerseits durch vielerlei Faktoren bestimmt wie etwa die Bildung, das Einkommen, das (soziale) Geschlecht, die Familie bzw. das Elternhaus, die Nationalität, das soziale Milieu oder den Kulturkreis, dem man entstammt. Auch einschneidende Erlebnisse im Leben wie der Tod oder die Trennung von nahestehenden Personen, Arbeitsbedingungen und insbesondere Arbeitsbelastungen, Wohnverhältnisse und sonstige Lebensbedingungen beeinflussen das Gesundheitsverhalten und beeinträchtigen unter Umständen die Gesundheit. Michael Marmot, ein britischer Sozialepidemiologe, der im Rahmen von grossangelegten Kohortenstudien unter britischen Staatsbeamten, den berühmten Whitehall-Studies, viel zu den sogenannten sozialen Determinanten der Gesundheit oder vielmehr Krankheit geforscht und veröffentlicht hat, nennt diese Faktoren «the causes of the causes», also die Ursachen der (unmittelbaren) Ursachen von Krankheit. Unter den unmittelbaren Ursachen versteht er negative Verhaltensweisen wie insbesondere Fehl-, Über- und Mangelernährung, Tabakkonsum, übermässiger Alkoholkonsum, Bewegungsarmut oder gänzliche körperliche Inaktivität, Suchtmittelkonsum usw. Das klassische Risikoverhalten eben, welches nachweislich zu chronischen Krankheiten führen kann wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Atemwegserkrankungen oder Erkrankungen des Muskel-Skelett-Apparates. Zu den Ursachen besagter Ursachen zählt er alle sozialen Faktoren, die dieses gesundheitsschädigende Verhalten begünstigen wie etwa Armut, soziale Benachteiligung und Ausgrenzung, Arbeitsstress, Arbeitslosigkeit oder mangelnde Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit am Arbeitsplatz, mangelnde soziale Unterstützung, fehlende soziale Beziehungen und soziale Isolation oder ungünstige Verkehrsbedingungen und die überwiegende oder ausschliessliche Nutzung von motorisierten Transportmitteln.

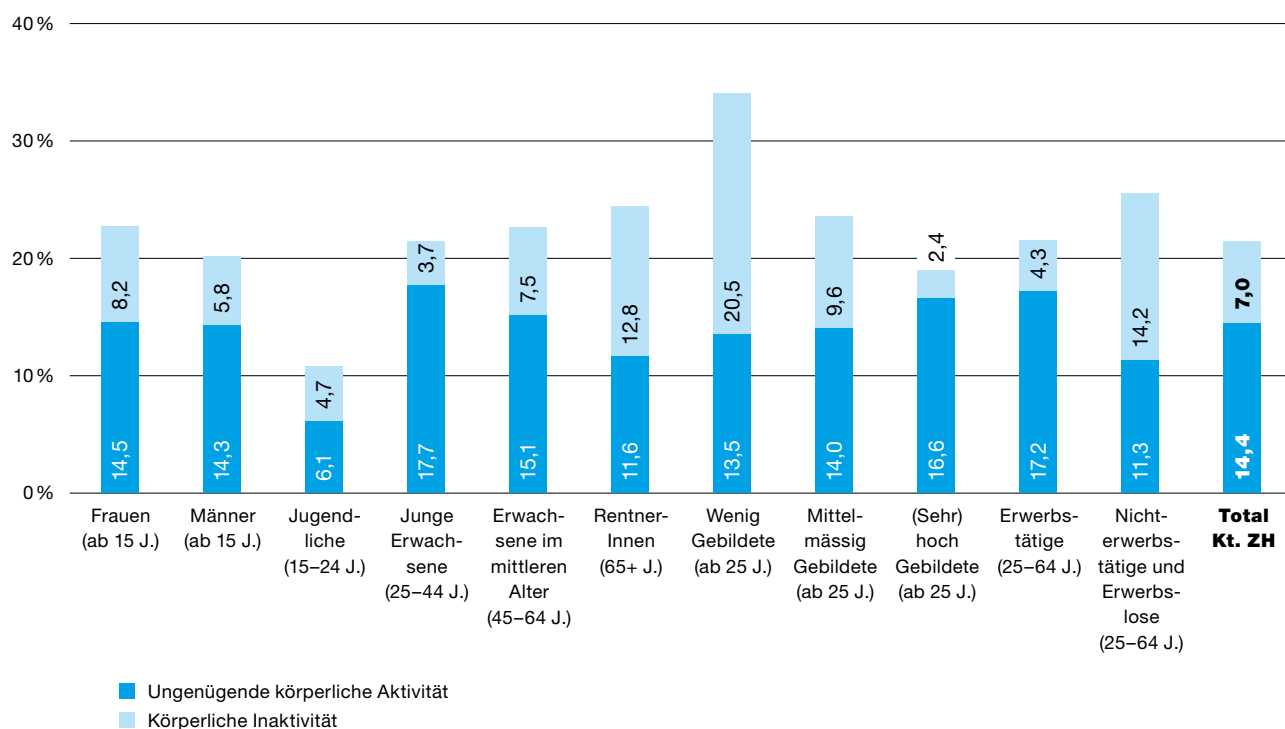
Im folgenden Kapitel geht es darum, für die Wohnbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich die Häufigkeit und Verbreitung mancher dieser unmittelbaren «Ursachen» von Gesundheit bzw. Krankheit (Gesundheitsverhalten) und von ein paar ausgewählten «Ursachen der Ursachen» (soziale Determinanten) sowie deren Einfluss auf die Gesundheit etwas zu betrachten und zu beleuchten. Dabei kann und wird es sich sowohl um gesundheitliche Risikofaktoren wie auch um Ressourcen handeln, wobei fehlende Ressourcen häufig wiederum Risikofaktoren darstellen.

#### 4.1 Körperliche (In-)Aktivität

Laut Schweizerischer Gesundheitsbefragung ist die Zürcher Bevölkerung grossmehrheitlich körperlich genügend aktiv (siehe Abb. 7). Genügend aktiv zu sein bedeutet konkret, dass jemand wöchentlich mindestens 150 Minuten körperlich moderat aktiv oder zweimal intensiv aktiv (Sport) ist und dabei ins Schwitzen oder ausser Atem kommt.

#### Abbildung 7

Körperliche (In-)Aktivität, Gesamtbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich

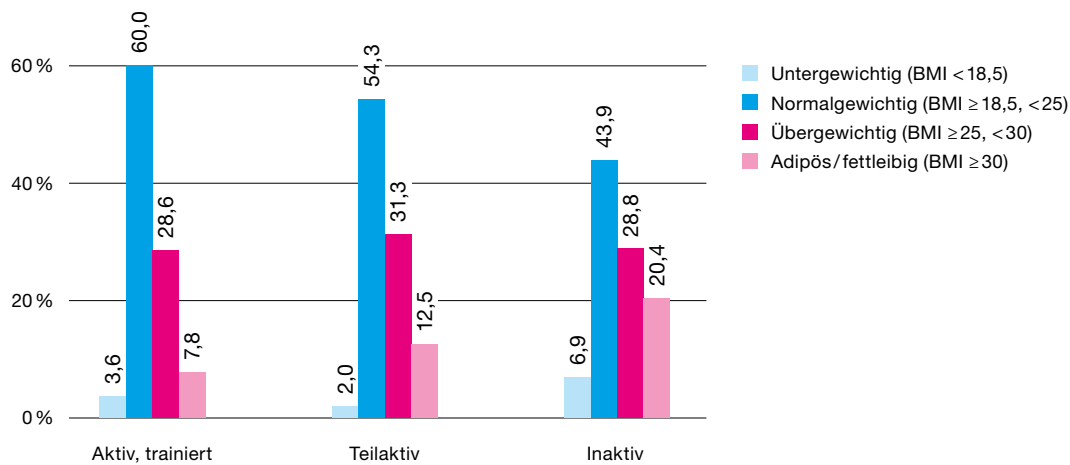


Fast vier Fünftel (79 %) der Zürcherinnen und Zürcher sind nach dieser Definition und Kategorisierung und eigenen Angaben zufolge aus gesundheitlicher Sicht in ausreichendem Masse in Bewegung. Mehr als ein Fünftel (21 %) hingegen ist ungenügend aktiv und davon wiederum ein Drittel sogar völlig inaktiv (7 %). Besonders auffällig in dieser Hinsicht sind die wenig Gebildeten und die Nichterwerbstätigen und Erwerbslosen mit jeweils weit überdurchschnittlich hohen Anteilen an körperlich Inaktiven oder ungenügend Aktiven (34 % bzw. 26 %) sowie die Jugendlichen mit lediglich 11 % Inaktiven oder ungenügend Aktiven. Insgesamt scheinen Frauen etwas inaktiver zu sein als Männer. Auch sind Nichterwerbstätige sowie Erwerbslose inaktiver als Erwerbstätige. Vor allem aber zeigt sich beim Alter und bei der Bildung das typische Verlaufsmuster: Mit zunehmendem Alter und – besonders ausgeprägt – mit abnehmender Bildung steigt insbesondere der Anteil der körperlich Inaktiven fast stetig und insgesamt deutlich an (siehe Abb. 7). Liegt dieser bei hoch Gebildeten noch bei lediglich rund 2 %, so steigt er bei wenig Gebildeten auf über 20 % an. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegt dieser Anteil bei 4 % bis 5 %, um bei Rentnerinnen auf immerhin 13 % anzuwachsen.

Länger andauernder Bewegungsmangel oder vielmehr jahrelange körperliche Inaktivität ist neben längerfristig ungünstiger und hyperkalorischer Ernährung, sprich: übermässiger Kalorienzufuhr die zweite wichtige Ursache von Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit), welche wiederum Ursache zahlreicher chronischer Folgekrankheiten sein können (siehe Kap. 4.8). Tatsächlich steigt in der Zürcher Wohnbevölkerung mit abnehmender körperlicher Aktivität der Anteil der derjenigen 15-jährigen und älteren Personen kontinuierlich an, die übergewichtig oder sogar adipös sind (siehe Abb. 8). Erfasst wurde dies anhand von Selbstangaben zu Gewicht und Grösse und dem daraus berechneten Body-Mass-Index (mehr dazu siehe Kap. 4.8).

**Abbildung 8**

Körperliche (In-)Aktivität und Body-Mass-Index, 15-jährige und ältere Personen im Kanton Zürich



Konkret sind bei den körperlich Aktiven bis Trainierten «nur» ein gutes Drittel (36 %) leicht bis schwer übergewichtig, wohingegen dieser Anteil bei den ungenügend Aktiven bzw. Teilaktiven bereits 44 % und bei den gänzlich Inaktiven 49 % beträgt, also rund die Hälfte (siehe Abb. 8). Bewegungsmangel und Übergewicht gehen also teilweise miteinander einher. Das gilt ausser bei Jugendlichen unter 25 Jahren, bei denen Bewegung und Sport häufig noch Teil des Schulunterrichts ist und die grosse Mehrheit (89 %) zu den «Aktiven» gezählt werden kann, im Grunde für alle Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich, aber in besonderem Masse für Frauen und Erwachsene im mittleren Alter sowie für wenig gebildete Zürcherinnen und Zürcher. Bei den ersten beiden Gruppen steigt mit abnehmendem Aktivitätsgrad der Anteil an schwer Übergewichtigen, d.h. Adipösen, von rund 7 % (15-jährige und ältere Frauen) bzw. knapp 10 % (Erwachsene im Alter zwischen 45 und 64 Jahren) bei den Aktiven auf über 19 % bzw. fast 25 % bei den Inaktiven an. Bei den körperlich aktiven Zürcherinnen und Zürchern mit vergleichsweise geringer Bildung beträgt der Anteil an Übergewichtigen 44 %, wohingegen er bei den Inaktiven mit relativ niedrigem Bildungsniveau bei fast 63 % liegt. Geringe Bildung gepaart mit mangelnder körperlicher Aktivität scheint also eine besonders problematische Konstellation oder vielmehr Kombination im Hinblick auf Übergewicht darzustellen.

Zusammenfassend hat sich gezeigt, dass Bewegungsmangel zwar nicht immer und zwingend, aber doch mit einer signifikant erhöhten Wahrscheinlichkeit mit Übergewicht einhergeht. Dabei ist Übergewicht im Einzelfall vermutlich nicht nur Folge, sondern (gleichzeitig) auch Ursache des Bewegungsmangels.

**4.2 Andauerndes Sitzen**

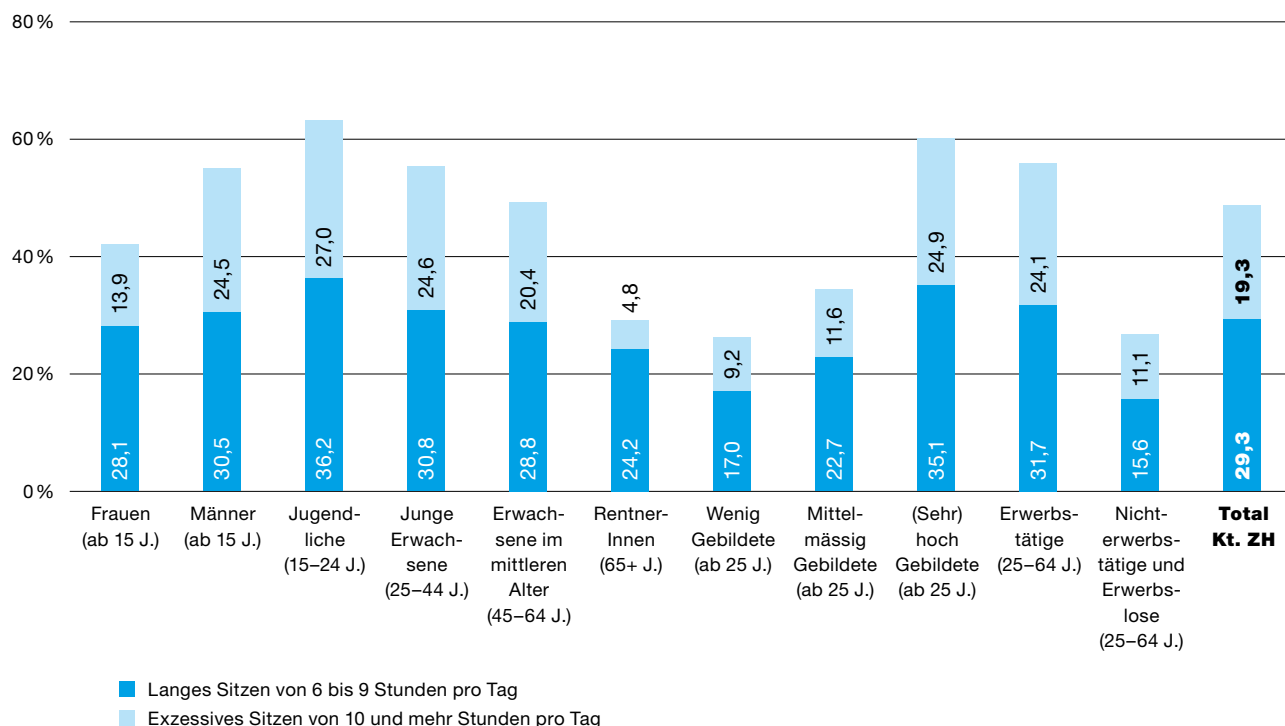
Bewegungsarmut oder körperliche Inaktivität werden häufig mit dem vielzitierten sogenannten «Sedentary Lifestyle» gleichgesetzt. Doch ein solch bewegungsarmer, sitzender Lebensstil definiert sich eben nicht nur indirekt durch fehlende oder mangelnde körperliche Aktivität nach der Arbeit, also am Feierabend oder Wochenende, sondern genauso durch überlange sitzende Tätigkeit oder vielmehr «Untätigkeit» (Inaktivität) während und bei der Arbeit. Unabhängig von der körperlichen Aktivität etwa in Form von regelmässigem Sport ist tägliches langes Sitzen (wie auch Stehen) nachweislich ungesund. Mit anderen Worten: Regelmässige körperliche Aktivität am Feierabend ist zwar gesund, kann aber die negativen gesundheitlichen Folgen von ständigem Sitzen am Arbeitsplatz oder auch zu Hause nicht vollständig kompensieren. Die Ergebnisse zahlreicher Studien haben gezeigt, dass exzessives Sitzen sowohl mit verschiedenen Krebserkrankungen (Darmkrebs, Prostatakrebs, Eierstockkrebs, Brustkrebs und Lungenkrebs), koronaren Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina Pectoris), Typ 2-Diabetes, Adipositas, Thrombosen, Demenzerkrankungen auch im mittleren Alter sowie psychischen Erkrankungen wie Angststörungen oder Depressionen als auch mit verringerter Lebenserwartung in Zusammenhang steht. Die Evidenz ist dabei derart stark und überzeugend, dass überlanges Sitzen von deutlich über acht Stunden pro Tag mittlerweile als ähnlich gesundheitsschädigend gilt wie Rauchen, was sich nicht zuletzt auch in folgender Redewendung niederschlägt: «Sitting is the new smoking».

Diese Schlussfolgerung erscheint allerdings als etwas zu voreilig und ist weniger eine wissenschaftliche Erkenntnis als vielmehr ein moderner Mythos, denn sie verkennet etwas die ganz erheblichen gesundheitlichen Risiken des Tabakkonsums, die dann doch nicht vergleichbar sind mit denjenigen langen Sitzens. Dennoch lässt sich anhand der bestehenden Evidenz nicht bestreiten, dass sich exzessives Sitzen sehr vielfältig und eindeutig ungünstig auf die Gesundheit niederschlägt.

Fast die Hälfte oder knapp 50 % aller im Kanton Zürich wohnhaften Personen im Alter über 15 Jahre sitzen während mindestens sechs Stunden pro Tag (siehe Abb. 9). In der übrigen Deutschschweiz sind dies lediglich rund 40 %. Ein recht grosser Unterschied zwischen den beiden Regionen, der jedoch erklärbar ist und mit der vergleichsweise hohen Bildung und Erwerbsbeteiligung der Zürcherinnen und Zürcher und mit dem relativ hohen Tertiarisierungsgrad bzw. dem stark ausgebauten Dienstleistungssektor des Kantons Zürich zusammenhängen dürfte. Interessanterweise gehören diesbezüglich nämlich für einmal nicht die üblichen Personen zu den Risikogruppen, im Gegenteil: Rentnerinnen und Rentner (29 %), wenig Gebildete über 25 Jahren (26 %) sowie Nichterwerbstätige und Erwerbslose unter 65 Jahren (27 %) verbringen vergleichsweise selten sechs oder mehr Stunden im Sitzen. Umso häufiger sitzen (sehr) hoch Gebildete (62 %), Jugendliche (60 %) sowie Erwerbstätige (56 %) während mindestens sechs Stunden pro Tag (siehe Abb. 9). Das hat natürlich ganz wesentlich damit zu tun, dass hoch Gebildete häufig in nicht-manuellen Berufen tätig sind und bei der Arbeit am Computer sitzen, Jugendliche zwischen 15 und 25 Jahren zumeist noch in Ausbildung oder beruflicher Weiterbildung sind und daher buchstäblich die Schulbank drücken und viele Erwerbstätige hierzulande als Dienstleistungsangestellte generell häufig ihre Arbeit im Sitzen verrichten. Die insgesamt noch immer leicht höhere Erwerbsquote bei den Männern sowie die typischen Frauenberufe (Gesundheitsberufe, soziale Berufe, Berufe im Verkauf oder Gastgewerbe) dürften dann auch der Grund dafür sein, dass deutlich mehr Männer (55 %) als Frauen (42 %) täglich lange sitzen (siehe Abb. 9).

### Abbildung 9

Täglich langes bis exzessives Sitzen, Gesamtbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich



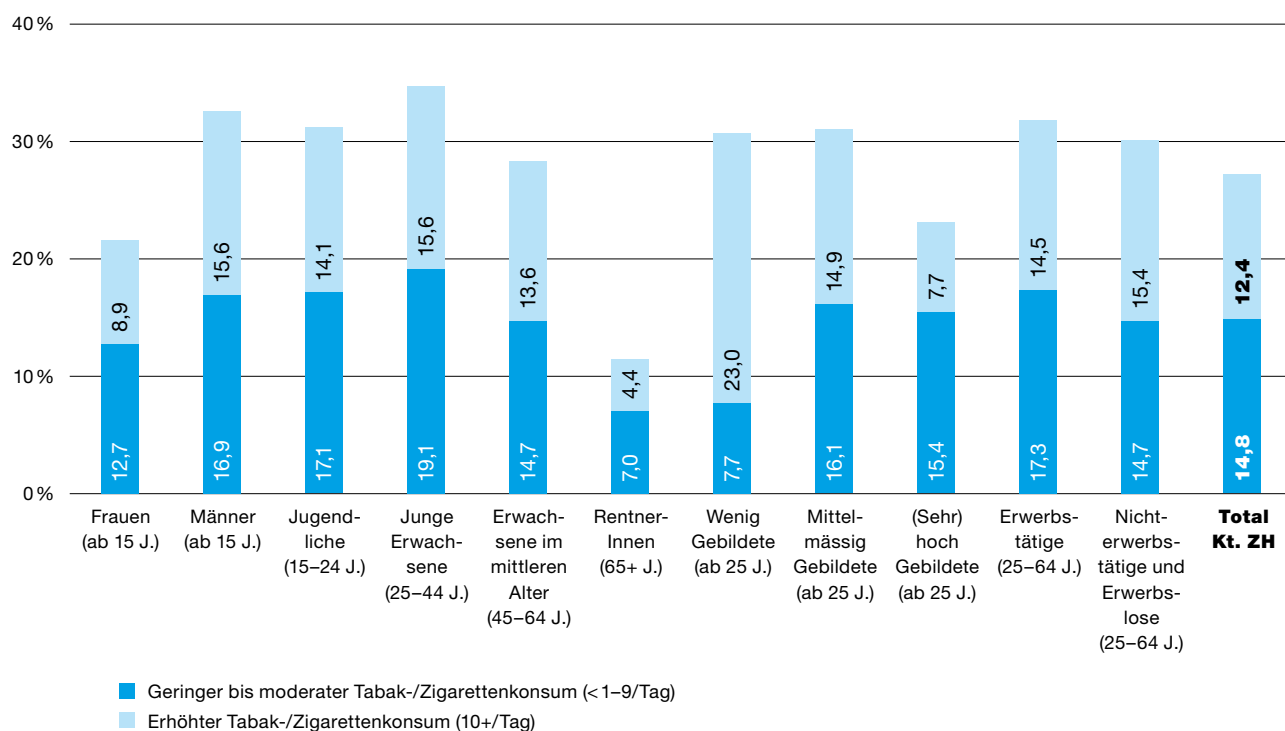
### 4.3 Tabakkonsum

Der regelmässige und vor allem häufige Konsum von Tabak etwa in der verbreitetsten Form des Rauchens herkömmlicher Zigaretten ist eine der wohl schädlichsten Verhaltensweisen überhaupt im Hinblick auf die Gesundheit und die Entwicklung von chronischen Krankheiten. Nicht gemeint ist damit das Rauchen von elektronischen Zigaretten, eine weit weniger schädliche Form der Nikotinaufnahme, bei der statt Tabak verbrannt eine nikotinhaltige Flüssigkeit verdampft wird. Dadurch entstehen deutlich weniger gesundheitsschädigende und vor allem krebserregende Stoffe und auch keine gefährlichen Verbrennungsgase, die anschliessend direkt (aktiv) und/oder indirekt (passiv) eingeatmet und inhaliert werden.

Nahezu drei Viertel der Zürcherinnen und Zürcher (73 %) sind Nichtraucher (siehe Abb. 10). Das ist die positive Nachricht. Aber das bedeutet gleichzeitig, dass immerhin über ein Viertel der Bevölkerung des Kantons Zürich (27 %) raucht. Das ist die negative Nachricht. Denn regelmässiges und vor allem langjähriges Rauchen ist unbestreitbar gesundheitsschädigend, nicht selten sogar tödlich, kann mit anderen Worten zu frühzeitigem Tod führen. Aber wie beim Sitzen macht auch beim Rauchen die Dosis die Wirkung. Das heisst: Je höher diese Dosis, desto stärker die Wirkung oder umso wahrscheinlicher das Auftreten einer Folgekrankheit. Diese Dosis bemisst sich zum einen an der Menge des Tabakkonsums (Anzahl konsumierter Zigaretten pro Tag), zum andern aber auch an der Dauer des Konsums (Anzahl Jahre des Rauchens). Entscheidend ist auch noch, ob und wie lange jemand schon Nichtraucher ist. Ein ehemaliger starker und langjähriger Raucher, der erst kürzlich mit dem Rauchen aufgehört hat, trägt infolgedessen noch immer erhöhtes Erkrankungs- und Sterberisiko in sich. Jemand, der schon lange Jahre nicht mehr raucht und womöglich nur wenig Zigaretten pro Tag geraucht hat, hat ein nicht mehr nennenswert erhöhtes Erkrankungs- und folglich Sterberisiko.

#### Abbildung 10

Tabakkonsum, Gesamtbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich



Gemessen am Raucheranteil und an der Anzahl aktuell konsumierter Zigaretten pro Tag weisen im Kanton Zürich die Rentnerinnen und Rentner mit einem Raucheranteil von etwas über 11 % insgesamt das geringste Risiko auf und junge Erwachsene zwischen 25 und 44 Jahren mit einem Raucheranteil von fast 35 % das grösste Risiko (siehe Abb. 10). Einmal abgesehen vom geringen bis moderaten Konsum weisen wenig Gebildete mit Abstand den höchsten Anteil an Rauchenden mit erhöhtem Tabakkonsum auf. Für einmal sind aber die Unterschiede zwischen dem Kanton Zürich und der übrigen Deutschschweiz (nicht ausgewiesen) wie auch zwischen den untersuchten Bevölkerungsgruppen nicht überaus gross (siehe Abb. 10). Der Anteil an Nichtraucher liegt in der übrigen Deutschschweiz um zwei Prozentpunkte höher (75 %) als im Kanton Zürich. Frauen rauchen im Kanton Zürich insgesamt deutlich seltener als Männer (22 % vs. 33 %). Und Rentnerinnen und Rentner deutlich weniger oft als Jugendliche (11 % vs. 31 %). Auch hoch Gebildete rauchen seltener als wenig Gebildete (23 % vs. 31 %). Aber darüber hinaus zeigen sich keine linearen Verläufe oder klaren Muster nach Alter oder Bildung.

#### 4.4 Alkoholkonsum

Häufiger und vor allem übermässiger Alkoholkonsum ist eine weitere gesundheitsschädigende Verhaltensweise. Dabei ist regelmässiges und/oder übermässiges Trinken nicht nur direkt und für die Konsumenten selbst gesundheitsschädigend, sondern häufig auch indirekt, indem sich infolgedessen (Verkehrs-)Unfälle und Gewaltereignisse häufen, die zusätzliches Leid und weitere Betroffene schaffen und damit gesundheitliche und soziale Folgekosten und «Kollateralschäden» verursachen.

Im Unterschied zum Tabakkonsum, bei dem schon kleine Mengen mit der Zeit die Gesundheit schädigen können und eine klare Dosis-Wirkungs-Beziehung im Hinblick auf die Gesundheit besteht, ist regelmässiger oder gar täglicher Alkoholkonsum in kleinen oder moderaten Mengen allerdings nicht nachweislich gesundheitsschädigend. Sehr wohl dagegen grössere Mengen. Eine tägliche Menge von mehr als 40 Gramm reinen Alkohols bei Männern und mehr als 20 Gramm bei Frauen gilt als problematisch und geht mit einem mittleren bis erhöhten Gesundheitsrisiko einher. Eine tägliche Menge von mehr als 60 Gramm reinen Alkohols bei Männern und mehr als 40 Gramm bei Frauen bedeutet ein erhöhtes Gesundheits- oder vielmehr Krankheitsrisiko.

Zum Vergleich: Ein Standardglas Bier (2,5 dl), ein Standardglas Wein (1 dl), ein Standardglas Sekt (1 dl) und ein Standardglas Schnaps oder Likör (4 cl) enthalten je etwa 10 Gramm Alkohol. Ein mittleres Gesundheitsrisiko besteht also bereits bei einem täglichen Konsum von zwei Gläsern (Frauen) bzw. vier Gläsern (Männer) Alkohol. Ein erhöhtes Gesundheitsrisiko weisen Frauen auf, die durchschnittlich vier oder mehr Standardgläser Alkohol (Drinks) pro Tag zu sich nehmen, und Männer, die regelmässig und täglich mehr als sechs Standardgläser trinken. Die Betonung liegt hierbei auf regelmässig bzw. täglich und dies über Jahre oder gar Jahrzehnte.

Allerdings kann auch unregelmässiges und dabei übermässiges Trinken, sogenanntes Rauschtrinken oder Binge-Drinking, langfristig die Gesundheit beeinträchtigen. Gemeint sind Trinkgelage, die mindestens einmal pro Monat stattfinden und bei denen mehr als 50 Gramm reiner Alkohol konsumiert wird bzw. die Alkoholkonzentration im Blut einer Person einen Wert von 0,08g/dl erreicht oder sogar übersteigt. Das geschieht in der Regel ab 5 Drinks bei Männern und ab 4 Drinks bei Frauen innerhalb von zwei Stunden.

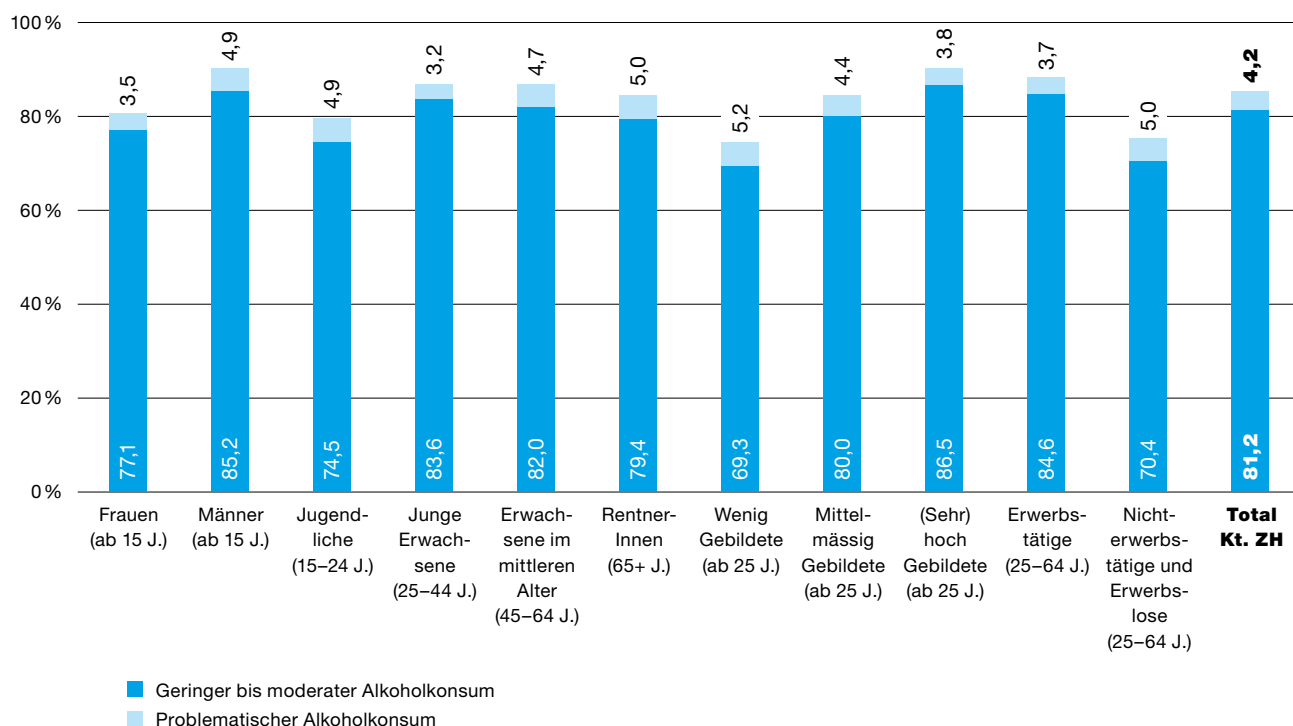
Eine überwiegende Mehrheit der Zürcher Wohnbevölkerung konsumiert entweder überhaupt keinen Alkohol (unter 15 %) oder wenn, dann nur in geringem bis moderatem Ausmass (über 81 %). Lediglich eine kleine Minderheit der Bevölkerung von etwas mehr als 4 % oder jede(r) Fünfundzwanzigste konsumiert eigenen Angaben zufolge Alkohol in einem problematischen Ausmass, also täglich mindestens zwei Drinks (Frauen) bzw. vier Drinks (Männer), und weist damit ein mittleres bis erhöhtes Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiko auf (siehe Abb. 11). Dieser Anteil an problematischen Trinkern liegt in der übrigen Deutschschweiz mit knapp 4 % leicht darunter. Umgekehrt weist die übrige Deutschschweiz knapp 17 % und damit rund 2 % mehr Abstinente auf als der Kanton Zürich.

Innerhalb des Kantons Zürich variiert der Anteil an problematischen Trinkern nur relativ geringfügig zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen und liegt stets irgendwo zwischen 3 % und 5 % (siehe Abb. 11). Dabei weisen Frauen, junge Erwachsene, Erwerbstätige und hoch Gebildete einen relativ geringen Anteil an Personen mit einem problematischen Alkoholkonsum auf. Männer, Jugendliche, Rentnerinnen und Rentner sowie wenig Gebildete und Nichterwerbstätige und Erwerbslose verzeichnen demgegenüber einen leicht überdurchschnittlich hohen Anteil an problematischen Trinkern (siehe Abb. 11).



**Abbildung 11**

Alkoholkonsum, Gesamtbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich

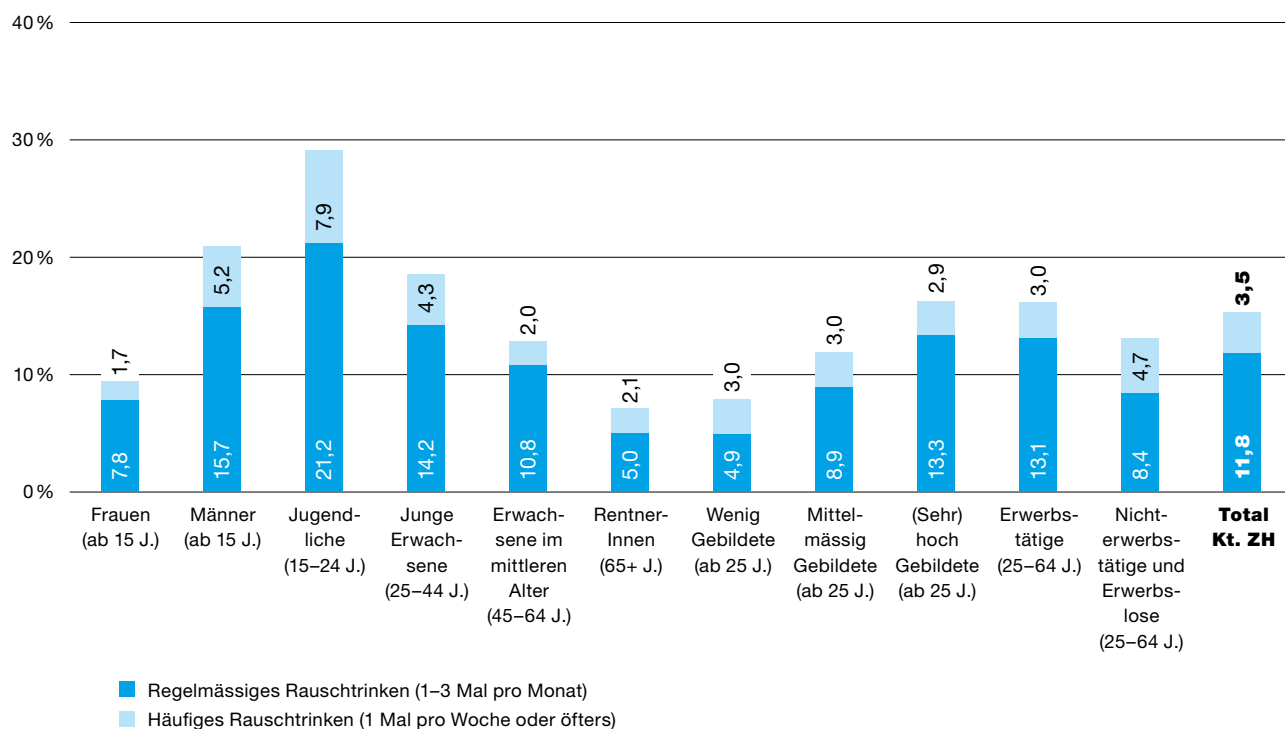


Wie schon die konsumierte Menge Alkohol pro Kopf liegt auch die durchschnittliche Häufigkeit des Rauschtrinkens im Kanton Zürich etwas höher als in der übrigen Deutschschweiz. Über 15 % der im Kanton Zürich wohnhaften und 15-jährigen und älteren Personen geben an, einmal im Monat oder öfters übermässig viel Alkohol zu trinken, d.h. mehr als fünf Drinks (Männer) bzw. vier Drinks (Frauen) innerhalb von etwa zwei Stunden (siehe Abb. 12). In der übrigen Deutschschweiz liegt dieser Anteil bei gut 14 %, also minimal darunter (nicht abgebildet).

Im Unterschied zur Alkoholmenge variiert die Häufigkeit des Rauschtrinkens stark zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen (siehe Abb. 12). Regelmässiges bis häufiges Rauschtrinken von mindestens einmal im Monat geben beispielsweise weniger als 10 % der befragten Zürcherinnen, aber immerhin 21 % aller gleichaltrigen Zürcher an. Oder 29 % der 15- bis 24-jährigen Jugendlichen, aber lediglich 7 % der 65-jährigen und älteren Rentnerinnen und Rentner. Überhaupt nimmt die Häufigkeit des regelmässigen bis häufigen Rauschtrinkens im Kanton Zürich wie auch in der übrigen Deutschschweiz mit zunehmendem Alter linear und deutlich ab. Genauso steigt sie mit zunehmender Bildung stetig an (siehe Abb. 12). 8 % derjenigen Zürcherinnen und Zürcher mit vergleichsweise geringer Bildung, aber 16 % und damit doppelt so viele mit relativ hoher Bildung trinken monatlich oder häufiger übermässig viel Alkohol. Das Phänomen des Rauschtrinkens ist also besonders verbreitet unter Männern, Jugendlichen und hoch Gebildeten, also wohl ganz besonders unter jugendlichen und hoch gebildeten Männern. Das ist eine wichtige Erkenntnis. Und eine, die die Risikogruppen klar identifiziert.

**Abbildung 12**

Rauschtrinken, Gesamtbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich

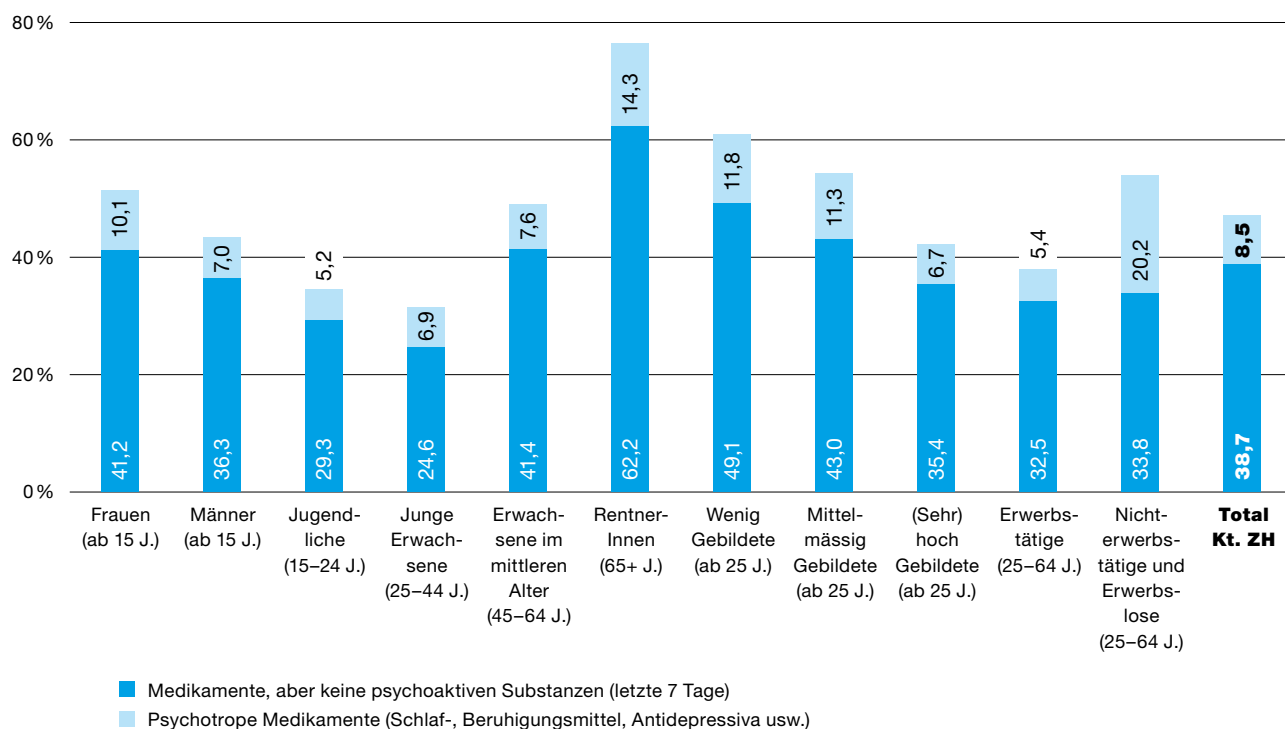
**4.5 Medikamentenkonsum**

Der Konsum von Medikamenten ist einerseits Indikator für gesundheitliche Probleme und Beschwerden, andererseits aber auch Ausdruck des persönlichen Konsum- und Lebensstils. Und er widerspiegelt nicht zuletzt auch den medizinischen Fortschritt, den jeweiligen Zeitgeist sowie die soziale und politische Verfassung oder wirtschaftliche Entwicklung einer Gesellschaft. Veränderungen beim Medikamentenkonsum einer Bevölkerung sind also häufig nicht zwangsläufig oder allein auf Veränderungen in deren Gesundheit oder im Krankheitspanorama zurückzuführen, sondern womöglich (auch) auf eine veränderte Werthaltung und Konsumorientierung oder eine veränderte demographische, soziale und ethnische Zusammensetzung der Gesellschaft.

Der Medikamentenkonsum hierzulande steigt seit Jahren stetig an, schweizweit wie auch im Kanton Zürich. Dies wohl nicht zuletzt auch im Zuge fortschreitender demographischer Alterung und weiter ansteigender Lebenserwartung. 1992 hatten noch 35 % der Schweizer Bevölkerung (ab einem Alter von 15 Jahren) angegeben, innert Wochenfrist mindestens ein Medikament eingenommen zu haben, 25 Jahre später waren es schon 50 %. Im Kanton Zürich ist dieser Anstieg beim Medikamentenkonsum in der gleichen Zeitspanne und für den gleichen Altersrange (ab 15 Jahre) ähnlich markant gewesen. Der Anteil von Medikamentenkonsumenten (Wochenprävalenz) unter den mindestens 15-jährigen Zürcherinnen und Zürchern hat zwischen 1992 und 2017 von 34 % («irgendein Medikament oder Mittel genommen») auf 49 % («irgendein Medikament genommen») und damit um 15 Prozentpunkte oder fast die Hälfte zugenommen.

**Abbildung 13**

Medikamentenkonsum, Gesamtbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich



Wenn man statt global nach dem Konsum von mindestens einem Medikament in der vergangenen Woche zu fragen nach konkret eingenommenen Medikamenten fragt, reduziert sich der Anteil an Medikamentenkonsumenten in der Zürcher Wohnbevölkerung ab einem Alter von 15 Jahren geringfügig auf 47 %, wobei über 8 % davon auf psychotrope Substanzen mit sogenannt psychoaktiver Wirkung (Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Antidepressiva usw.) entfallen und die restlichen knapp 39 % auf andere Arzneimittel (siehe Abb. 13). Dieser Anteil sowohl der psychotropen wie der nicht-psychotropen Medikamente verteilt sich dabei sehr unterschiedlich über die verschiedenen Bevölkerungsgruppen (siehe Abb. 13). Frauen konsumieren häufiger Medikamente jeglicher Art als Männer. Nichterwerbstätige und Erwerbslose nehmen häufiger Medikamente zu sich als Erwerbstätige. Auch sinkt die Häufigkeit des Konsums von Medikamenten mit zunehmender Bildung von 61 % bei den wenig Gebildeten auf 42 % bei den hoch Gebildeten (siehe Abb. 13). Vor allem aber steigt der Anteil an Medikamente konsumierenden Erwachsenen mit zunehmendem Alter stetig an. Jede siebte 65-jährige und ältere Person im Kanton Zürich konsumiert psychoaktive Medikamente und weitere beinahe zwei Drittel nehmen andere Medikamente zu sich. Insgesamt nehmen mehr als drei Viertel der Senioren ab 65 Jahren, aber weniger als ein Drittel der unter 45-jährigen Erwachsenen irgendwelche Medikamente ein (siehe Abb. 13). Dies erhärtet den Verdacht, dass der Anstieg in der Häufigkeit des Medikamentenkonsums über die letzten 25 Jahre mitunter auf die demographische Alterung und die dadurch relativ bzw. anteilmässig stetig grösser gewordene Rentnergeneration zurückzuführen ist. Und dass Nichterwerbstätige und Erwerbslose bei den psychotropen Medikamenten mit 20 % an Konsumenten von insgesamt 54 %, welche irgendwelche Medikamente konsumieren, den absolut wie relativ grössten Anteil aufweisen (siehe Abb. 13) und somit besonders häufig psychoaktive Substanzen zu sich nehmen, ist ebenfalls wenig verwunderlich angesichts der vergleichsweise starken psychischen Belastung dieser Gruppe (siehe Abb. 6). Entgegen allfälliger Vermutungen oder Behauptungen, wonach Jugendliche und junge Erwachsene vermehrt Neuroenhancer und andere Psychostimulanzien konsumieren, ist der Anteil an Konsumierenden von psychoaktiven Substanzen bzw. psychotropen Medikamenten mit 5 % (Jugendliche) bzw. 7 % (junge Erwachsene) in diesen beiden Altersgruppen vergleichsweise gering (siehe Abb. 13). Allerdings basieren diese Prozentwerte – wie natürlich alle anderen Angaben auch – auf Selbstangaben.

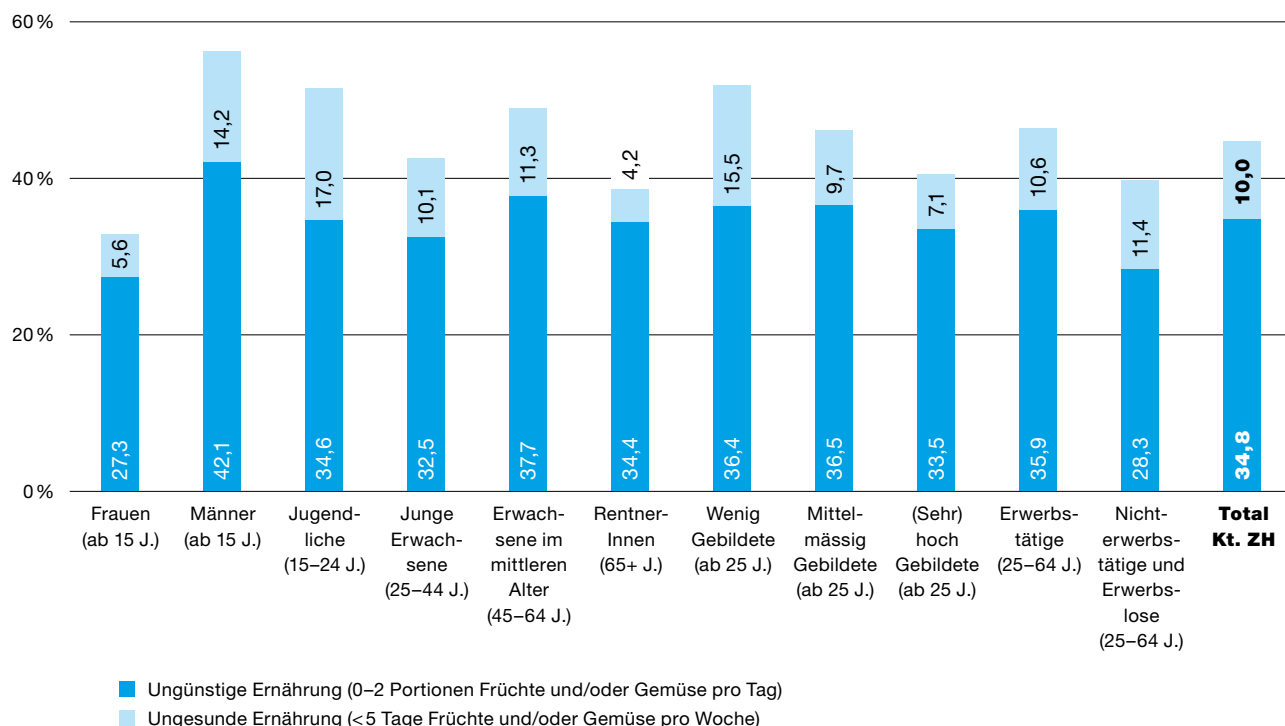
#### 4.6 Früchte- und Gemüsekonsum

Ein günstiges Ernährungsverhalten, d.h. eine ausgewogene, fettarme sowie vitamin- und ballaststoffreiche Ernährung anstelle einer mangelnden, hyperkalorischen und/oder sehr einseitigen Ernährung ist Teil eines positiven Gesundheitsverhaltens und als solcher sicherlich eine wichtige Komponente oder Grundbedingung für eine gute Gesundheit. Günstig in diesem Zusammenhang ist nachweislich ein ausreichender Früchte- und Gemüsekonsum. Getreu der Empfehlung der WHO, täglich ein Minimum von 400 Gramm oder fünf Portionen an Früchten und Gemüse zu konsumieren nach dem Motto «Five a day» («...keeps the doctor away»), versteht sich ein ausreichender Früchte- und Gemüsekonsum als Protektivfaktor und ein fehlender oder mangelnder Früchte- und Gemüsekonsum entsprechend als Risikofaktor für die Gesundheit. Lediglich zwei oder weniger Portionen Früchte und/oder Gemüse am Tag zu konsumieren, bedeutet entsprechend eine ungünstige Ernährung und damit ein gewisses gesundheitliches Risiko. An weniger als fünf Tagen pro Woche überhaupt auch nur eine Portion Früchte oder Gemüse zu essen, bedeutet eindeutig eine ungesunde Ernährung und stellt ein erhöhtes Gesundheitsrisiko dar.

10 % der Zürcher Wohnbevölkerung ab 15 Jahren weist insofern ein erhöhtes gesundheitliches Risiko auf (siehe Abb. 14). Weitere 35 % zeigen einen Gemüse- und Fruchtekonsum, der ebenfalls weit unter der Empfehlung der WHO bleibt. Lediglich gut ein Fünftel (22 %) hält sich an die WHO-Empfehlung. Diesbezüglich unterscheidet sich der Kanton Zürich nicht nennenswert von der übrigen Deutschschweiz (nicht abgebildet). Der Anteil an Personen mit besonders ungünstiger Ernährung diesbezüglich ist unter den Männern (14 %), den Jugendlichen (17 %) und den wenig Gebildeten (16 %) überdurchschnittlich hoch und unter den Frauen (6 %) und den Rentnerinnen und Rentnern (4 %) sowie den hoch Gebildeten (7 %) besonders niedrig (siehe Abb. 14). Bezüglich Alter zeigt sich hier für einmal kein linearer Zusammenhang, hingegen schon bezüglich Bildung, wenn auch kein starker. Als Risikogruppen diesbezüglich erweisen sich einmal mehr Männer, Jugendliche und wenig Gebildete.

**Abbildung 14**

Früchte- und Gemüsekonsum, Gesamtbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich



#### 4.7 Internetkonsum

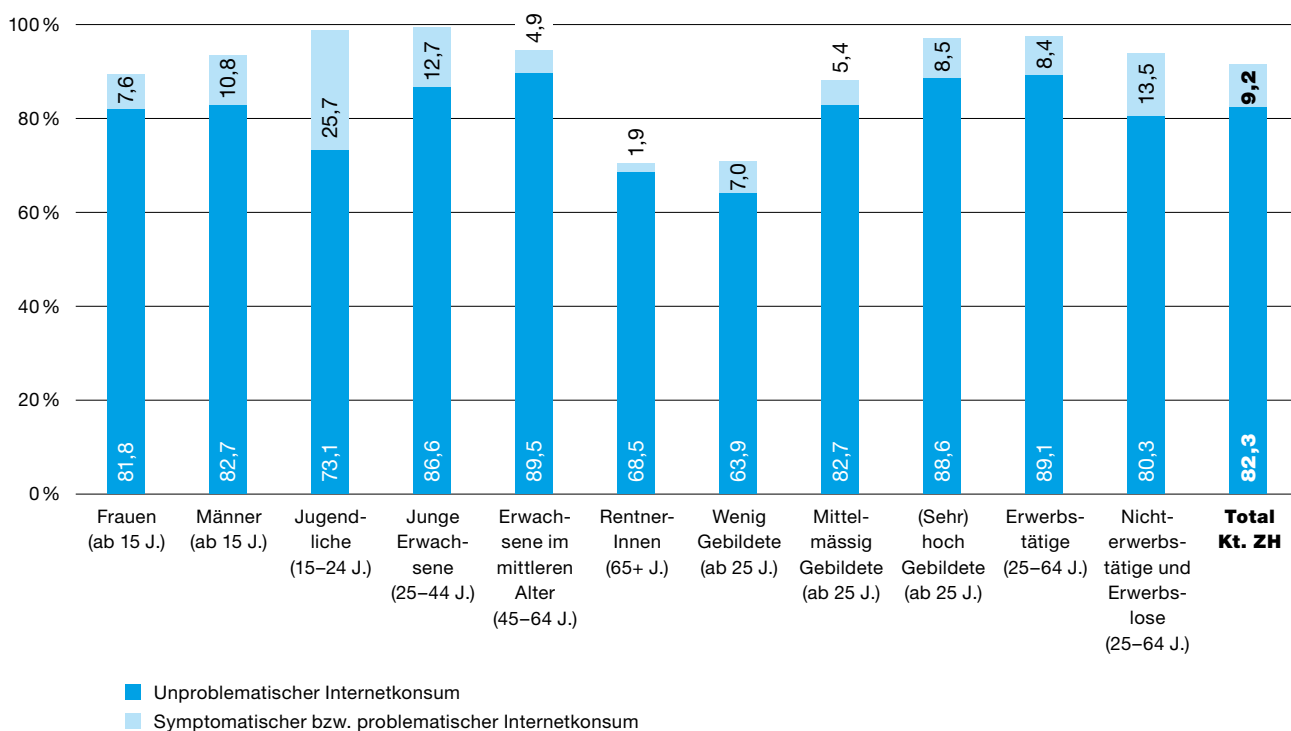
Medienkonsum und Bildschirmnutzung generell sowie Internetkonsum speziell sind in den letzten Jahren zu einer wichtigen und zeitraubenden Beschäftigung geworden, welche im Leben von immer mehr Menschen hierzulande zunehmend Arbeitszeit, aber vor allem eben auch Freizeit in Anspruch nimmt und insofern auch die Gesundheit beeinflusst. Mit Internetkonsum gemeint ist das Onlinegehen mit einem Computer, einem Smartphone, einem Tablet oder iPad, um zu surfen, zu mailen, zu chatten oder zu gamen. Die durch die private Internetnutzung beanspruchte (Frei-)Zeit fehlt dann natürlich für andere (Freizeit-)Beschäftigungen wie beispielsweise soziale Aktivitäten oder sportliche bzw. andere körperliche Betätigungen.

Der Internetkonsum als Freizeitbeschäftigung ist bei manchen Individuen und in gewissen Bevölkerungsgruppen (v.a. bei Jugendlichen) gar derart ausgeprägt und exzessiv, dass er als (gesundheitlich wie sozial) problematisch betrachtet werden muss und ein nicht unerhebliches Suchtpotenzial erkennen lässt. Angelehnt an die Kriterien für pathologisches Glücksspiel wurde für die Erfassung von problematischer Internetnutzung aus einer ursprünglich von einer Forschergruppe um den niederländischen Suchtforscher Gert-Jan Meerkkerk entwickelten Skala mit Namen CIUS («Compulsive Internet Use Scale») und bestehend aus 14 Fragen mit jeweils 5 Antwortvorgaben (nie, selten, manchmal, häufig, sehr häufig) eine Auswahl aus 8 Fragen zu allfälligen Schwierigkeiten, mit dem Internetkonsum aufzuhören, zur Vernachlässigung von Pflichten wegen des Internetkonsums oder zu Schlafmangel infolge des Internetkonsums usw. getroffen und erstmals für die Erhebung 2017 in die Schweizerische Gesundheitsbefragung aufgenommen.

Anzeichen für einen problematischen Internetkonsum sind demnach etwa, wenn man länger als geplant und trotz Wissen um Folgeprobleme im Netz verweilt, wenn es einem schwerfällt, eine Internetsitzung zu beenden, wenn einen nahestehende Personen auf die allzu häufige Internetnutzung hinweisen und davon abraten, wenn jemand unausgeschlafen oder ruhelos, frustriert oder gereizt ist deswegen oder sich nach der nächsten Internetsitzung sehnt, wenn jemand vergeblich versucht, den Konsum zu reduzieren, oder andere Dinge und Verpflichtungen wie die Arbeit, das Studium, die Freunde oder die Familie deswegen vernachlässigt oder wenn das Internet genutzt wird, wenn man sich nicht gut bzw. traurig oder deprimiert fühlt. Wenn gleich mehrere dieser Anzeichen oder Symptome wenigstens manchmal oder sogar häufig auftreten, erweist sich der Internetkonsum als symptomatisch oder sogar problematisch.

#### Abbildung 15

Internetkonsum, Gesamtbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich



Symptomatischer oder sogar problematischer privater Internetkonsum ist ein zunehmend verbreitetes Phänomen, welches zusammengefasst insgesamt auf rund jede elfte im Kanton Zürich wohnhafte Person ab 15 Jahren zutrifft, also auf einen durchaus namhaften Anteil der Zürcher Wohnbevölkerung (siehe Abb. 15). Dieser Anteil von etwas über 9 % ist auch leicht höher als in der übrigen Deutschschweiz, wo er um mehr als einen Prozentpunkt niedriger liegt. Innerhalb der Zürcher Wohnbevölkerung ab 15 Jahren variiert der Anteil an symptomatischen und problematischen ausserberuflichen Internetnutzern allerdings beträchtlich (siehe Abb. 15). Mit rund 26 % besonders hoch ist bei den Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren, was zwar wenig erstaunt, aber dennoch zu denken, wenn nicht gar zu Besorgnis Anlass geben muss. Auch bei den Zürcherinnen und Zürcher zwischen 25 und 44 Jahren liegt dieser Anteil mit knapp 13 % zwar nur noch halb so hoch, aber noch immer deutlich über dem Durchschnitt. Mit fortschreitendem Alter geht dieser Anteil an symptomatischen und problematischen Internetnutzern allerdings weiter und stark zurück auf 5 % bei den 45- bis 64-Jährigen und 2 % bei den 65-jährigen und älteren Rentnerinnen und Rentnern (siehe Abb. 15). Erwähnenswert ist einmal mehr der nicht unbeträchtliche Geschlechterunterschied diesbezüglich: Knapp 8 % der Zürcherinnen, aber rund 11 % der Zürcher zeigen einen mindestens symptomatischen oder sogar problematischen Internetkonsum. Mit knapp 14 % überdurchschnittlich häufig ist er ausserdem bei den 25- bis 64-jährigen Nichterwerbstätigen und Erwerbslosen. Interessanterweise weisen hoch gebildete Personen einen leicht höheren Anteil an symptomatischen und problematischen Internetnutzern auf als die weniger gebildeten.

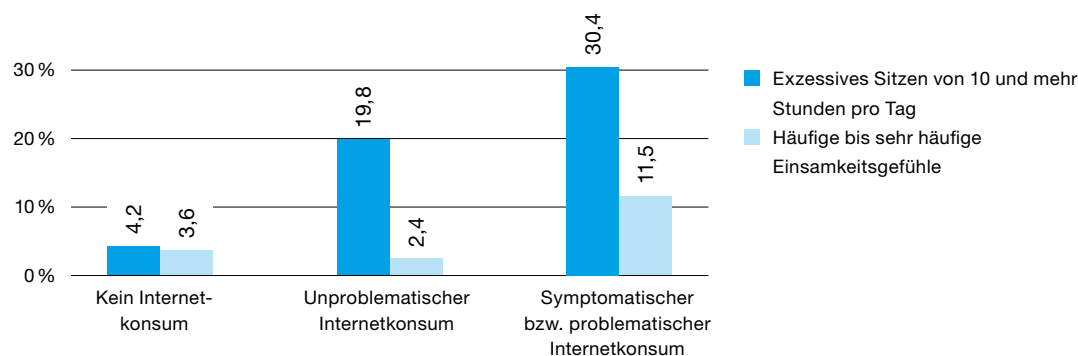
Im Kanton Zürich ansässige Personen ab 15 Jahren, die das Internet nutzen, sind nicht etwa weniger körperlich aktiv als solche, die es nicht nutzen, wie man vielleicht meinen könnte. Ganz im Gegenteil. Das gilt im übrigen auch nicht für diejenigen mit einem symptomatischen oder sogar problematischen Internetkonsumverhalten, was allerdings mitunter damit zusammenhängt, dass gerade diese Internetnutzer im Durchschnitt deutlich jünger und daher körperlich aktiver sind als diejenigen, die überhaupt kein Internet nutzen.

Auffällig und bezeichnend sind stattdessen zwei andere, nicht unerwartete gesundheitsrelevante Befunde in diesem Zusammenhang: So geht (problematischer) Internetkonsum vermehrt mit überlangem täglichem Sitzen sowie ausgeprägter Einsamkeit einher. Über 30 % oder fast ein Drittel derjenigen im Kanton Zürich wohnhaften Personen, die einen symptomatischen oder problematischen Internetkonsum zeigen, sitzen täglich 10 oder mehr Stunden (siehe Abb. 16), was aus gesundheitlicher Sicht ebenfalls problematisch ist. Nur knapp 20 % oder sogar lediglich 4 % sind es bei den anderen, den unproblematischen Internetkonsumenten und denjenigen, die das Internet überhaupt nicht nutzen (siehe Abb. 16). In etwa jede neunte im Kanton Zürich ansässige Person ab 15 Jahren, die im Zusammenhang mit dem Internet ein eher bis eindeutig problematisches Konsumverhalten zeigt, fühlt sich häufig oder sogar sehr häufig einsam (siehe Abb. 16). Weitere 46 % der Personen mit problematischer Internetnutzung fühlen sich zumindest manchmal einsam (nicht abgebildet). Dieses Gefühl der Einsamkeit und sozialen Isolation mag sowohl Ursache als auch Auswirkung des Internetkonsums sein, ist aber jedenfalls für das soziale und psychische Wohlbefinden von entscheidender Bedeutung.

Zusammenfassend muss man also konstatieren, dass jugendliche und junge und insbesondere männliche sowie nichterwerbstätige und erwerbslose Personen im Kanton Zürich vergleichsweise häufig einen symptomatischen oder sogar problematischen Internetkonsum zeigen. Dies erhöht nachweislich und naheliegenderweise die Wahrscheinlichkeit von übermässig langem täglichem Sitzen und geht ausserdem mit vermehrter bzw. stärker ausgeprägter Einsamkeit einher – und darüber hinaus und auf Dauer wohl auch mit den entsprechenden negativen Folgen für die körperliche und soziale bzw. psychische Gesundheit.

## Abbildung 16

Internetkonsum, exzessives Sitzen und Einsamkeitsgefühle, Kanton Zürich



#### 4.8 Übergewicht und Adipositas

Folge eines ungünstigen Bewegungs- und Ernährungsverhaltens, insbesondere Resultat von Bewegungsarmut und/oder übermässiger, fettreicher und v.a. hyperkalorischer Ernährung ist Übergewicht oder sogar Fettleibigkeit (Adipositas). Dieses mittlerweile auch hierzulande zunehmend verbreitete Phänomen und Public Health-Problem ist seinerseits wiederum (Mit-)Ursache einer Vielzahl von chronischen Krankheiten wie «Zuckerkrankheit» (Diabetes Mellitus Typ 2), Bluthochdruck (Hypertonie) und andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzinfarkte, Schlaganfälle usw.), Krebserkrankungen (Dickdarmkrebs, Nierenkrebs, Leberkrebs, Gebärmutterkrebs usw.), Sehstörungen, Schlafstörungen, Gicht, Arthrose und andere Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische Erkrankungen (Depressionen usw.).

Übergewicht beschreibt eine zu grosse Körpermasse im Vergleich zur Körpergrösse und bedeutet eigentlich einen zu hohen Körperfettanteil. Meist wird Übergewicht über eine Formel aus Körpergrösse und -gewicht errechnet, den sogenannten Body-Mass-Index (BMI). Der BMI ist ein Näherungsmass für den Körperfettanteil und errechnet sich aus dem Körpergewicht (in kg), dividiert durch die Körpergrösse (in m) im Quadrat. Der BMI ist für «Durchschnittsbürger» bzw. die erwachsene Normalbevölkerung ein guter Richtwert, bei speziellen Bevölkerungsgruppen aber untauglich als Messgrösse für den Körperfettanteil, etwa bei besonders muskulösen oder bei besonders grossen bzw. kleinen Menschen. Ausserdem berücksichtigt der BMI nicht die Verteilung des Körperfettes, also ob das Fett primär viszeral, d.h. als inneres Bauchfett, oder subkutan, d.h. an Po, Hüften, Taille, Oberschenkeln und Oberarmen, abgelagert oder vielmehr angesammelt ist. Üblicherweise wird beim BMI grob in die folgenden vier Kategorien eingeteilt:

<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Kategorie</b>
< 18,5	Untergewicht
18,5–25	Normalgewicht
25–30	Übergewicht
> 30	Adipositas (Fettleibigkeit)

Manchmal werden bei der Kategorisierung neben Gewicht und Körpergrösse auch noch Alter und Geschlecht berücksichtigt. D.h. die Kategorien oder vielmehr die Skalenwerte bzw. Wertebereiche werden mitunter alters- und geschlechtsspezifisch unterschiedlich definiert, wobei mit zunehmendem Alter und bei Männern die Normkategorie (Normalgewicht, idealer Body-Mass-Index) etwas nach oben verschoben wird. Dadurch wird berücksichtigt, dass mit zunehmendem Alter eine leichte Gewichtszunahme durchaus «normal» ist und Männer natürlicherweise eine höhere Muskelmasse aufweisen als Frauen, wodurch der BMI die Körpermasse und den Körperfettanteil bei Männern im Vergleich zu Frauen etwas überschätzt.

Die Angaben zu Körpergewicht und -grösse werden in Bevölkerungsumfragen wie der Schweizerischen Gesundheitsbefragung in der Regel erfragt und nicht gemessen. Wie man aus verschiedenen Studien weiss, neigen Menschen dazu, wenn sie gefragt werden, diese Werte etwas zu beschönigen. Männer machen sich für gewöhnlich etwas grösser als sie es tatsächlich sind, Frauen etwas leichter. Der mittels Selbstangaben zu Körpergewicht und -grösse errechnete BMI wird dadurch etwas niedriger und unterschätzt damit tendenziell das wahre Ausmass des Übergewichts in einer Bevölkerung. Dennoch liegen die berichteten und die wahren Werte in der Regel nicht allzu weit auseinander.

Mittels Selbstangaben zu Grösse und Gewicht erhoben und berechnet, weisen im Kanton Zürich gut 38 % der Bevölkerung ab einem Alter von 15 Jahren einen BMI von mehr als 25 auf und sind damit übergewichtig oder sogar adipös (siehe Abb. 17). In der übrigen Deutschschweiz liegen immerhin fast 43 % über den Normwerten und damit über dem «Normalgewicht» (nicht abgebildet). Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil an Übergewichtigen und insbesondere an Adipösen im Kanton Zürich kontinuierlich an, von 17 % Übergewichtigen bei den Jugendlichen auf 35 % bei den Rentnerinnen und Rentnern und von 3 % Adipösen bei den Jugendlichen auf 14 % bei den Rentnerinnen und Rentnern (siehe Abb. 17).

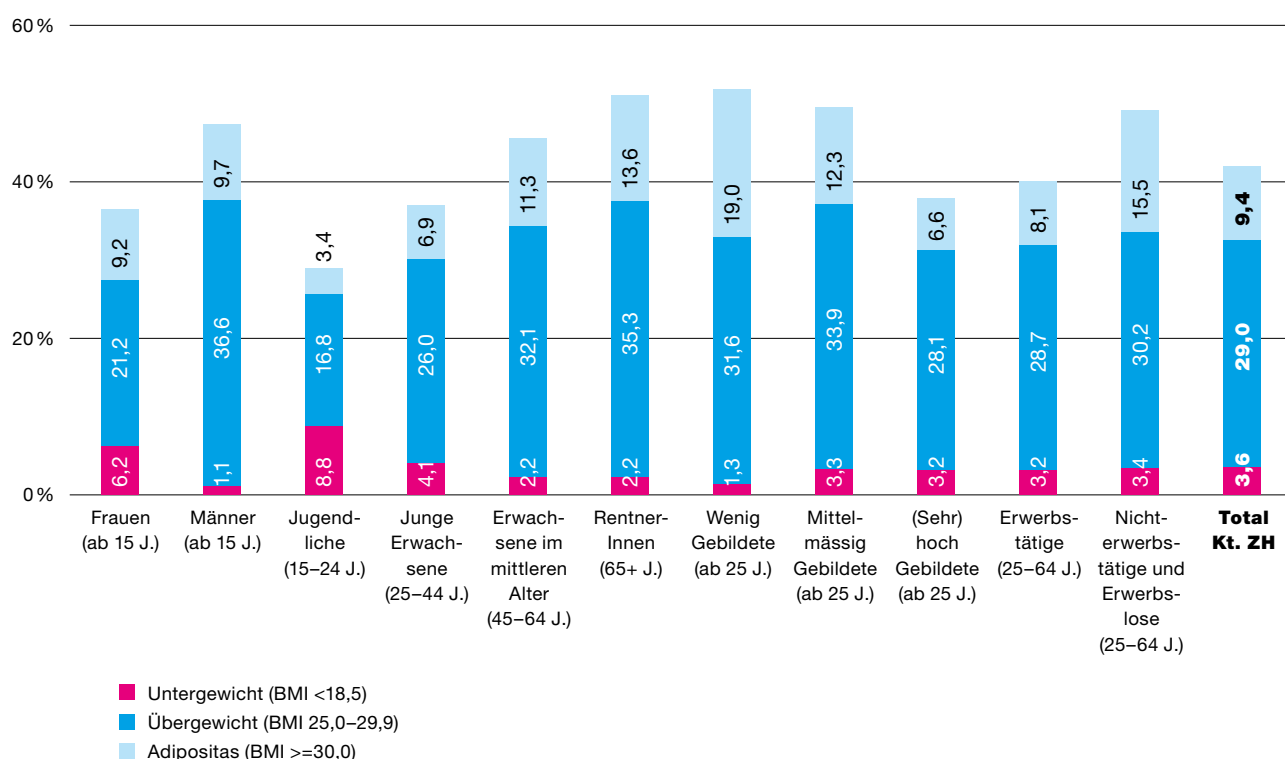
Typisch ist ausserdem, dass die Männer mit 46 % zwar einen deutlich höheren Anteil an Übergewichtigen und Adipösen aufweisen als Frauen mit 30 %, dass bei den Frauen aber der relative Anteil der stark Übergewichtigen bzw. Adipösen (fast ein Drittel aller Übergewichtigen) klar grösser ist als bei den Männern, bei denen die Adipösen nur gut einen Fünftel aller Übergewichtigen ausmachen (siehe Abb. 17). Mit anderen Worten: Frauen im Kanton Zürich sind zwar seltener übergewichtig als Männer, aber dafür vergleichsweise häufig stark übergewichtig.

Einmal mehr zählen zudem die Nichterwerbstätigen und Erwerbslosen mit einem Anteil an Adipösen von knapp 16 % zu den Spitzenreitern unter den verschiedenen Bevölkerungsgruppen, nur noch übertroffen von den wenig Gebildeten mit 19 % (siehe Abb. 17), wobei sich diese beiden Gruppen natürlich nicht gegenseitig ausschliessen, sondern sich sogar nicht unwesentlich überlappen.

Genauso wie die Übergewichtigen mit dem Alter an relativer Häufigkeit zunehmen, nimmt der prozentuale Anteil an Untergewichtigen mit fortschreitendem Alter klar ab von 9 % bei den Jugendlichen auf 2 % bei den 45- bis 64-Jährigen, um anschliessend zu stagnieren (siehe Abb. 17). Überhaupt zeigt sich, dass Untergewicht nach wie vor hauptsächlich ein Problem junger Frauen ist und unter Männern (1 %) wie älteren Erwachsenen (2 %) kaum vorkommt. Konkret sind genau 12 % aller im Kanton Zürich wohnhaften Frauen im Alter von 15 bis 24 Jahren und immer noch 8 % aller 25- bis 44-jährigen Frauen gemäss der jüngsten Schweizerischen Gesundheitsbefragung untergewichtig.

### Abbildung 17

Körpermasse gemäss Body-Mass-Index (Gewichtsklassifikation nach WHO), Gesamtbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich



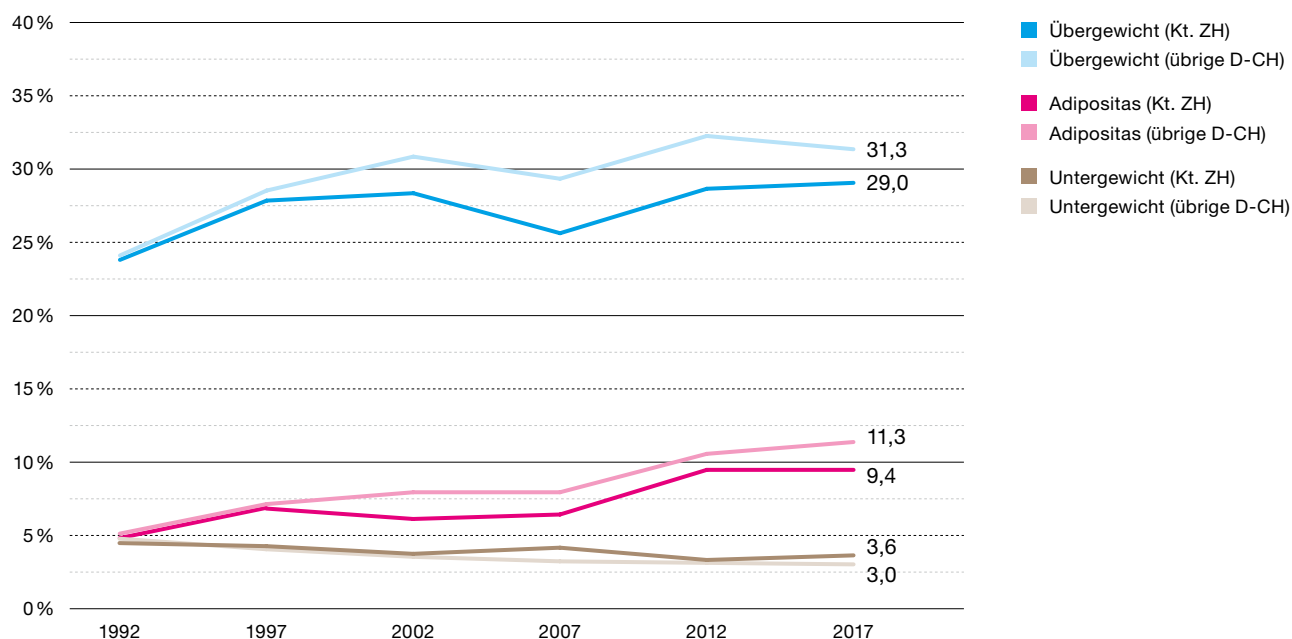
Insgesamt kann eine klare Mehrheit (58 %) der Zürcher Bevölkerung zur Kategorie «Normalgewicht» gezählt werden. Normalgewichtige stellen also nach wie vor die Norm dar – zumindest vorerst noch. Bei einzelnen Bevölkerungsgruppen wie den Rentnerinnen und Rentnern oder den wenig Gebildeten bilden die Normalgewichtigen allerdings bereits eine knappe Minderheit (siehe Abb. 17). Und bereits im jugendlichen Alter von 15 bis 24 Jahren sind nicht mal mehr drei Viertel aller Zürcherinnen und Zürcher normalgewichtig. Jede achte weibliche Jugendliche im Kanton Zürich ist untergewichtig (12 %) und jede siebte übergewichtig (14 %). Bei den männlichen Jugendlichen ist jeder vierte übergewichtig (26 %) und jeder siebzehnte untergewichtig (6 %).

Dass es sich beim Übergewicht nicht nur um eine globale Epidemie oder zumindest eine der ersten Welt handelt, sondern auch um ein zunehmend verbreitetes Phänomen und Public Health-Problem der (deutschsprachigen) Schweiz und des Kantons Zürich, belegen die Daten der bisherigen Schweizerischen Gesundheitsbefragungen zwischen der ersten Erhebung im Jahr 1992 und der bislang letzten im Jahr 2017 sehr anschaulich (siehe Abb. 18). Vor 25 Jahren betrug im Kanton Zürich der Bevölkerungsanteil an leicht bis schwer Übergewichtigen noch knapp 29 %, im Jahr 2017 waren es bereits über 38 % (siehe Abb. 18). Trotz leichter Schwankungen zeigt der zeitliche Trend bei den Übergewichtigen und Adipösen eindeutig nach oben. Ganz im Unterschied zu den Untergewichtigen, deren Anteil zu stagnieren oder gar leicht rückläufig zu sein scheint.



**Abbildung 18**

Körpermasse (Klassifikation gemäss BMI) im Zeitverlauf,  
Gesamtbevölkerung im Kanton Zürich und in der übrigen Deutschschweiz

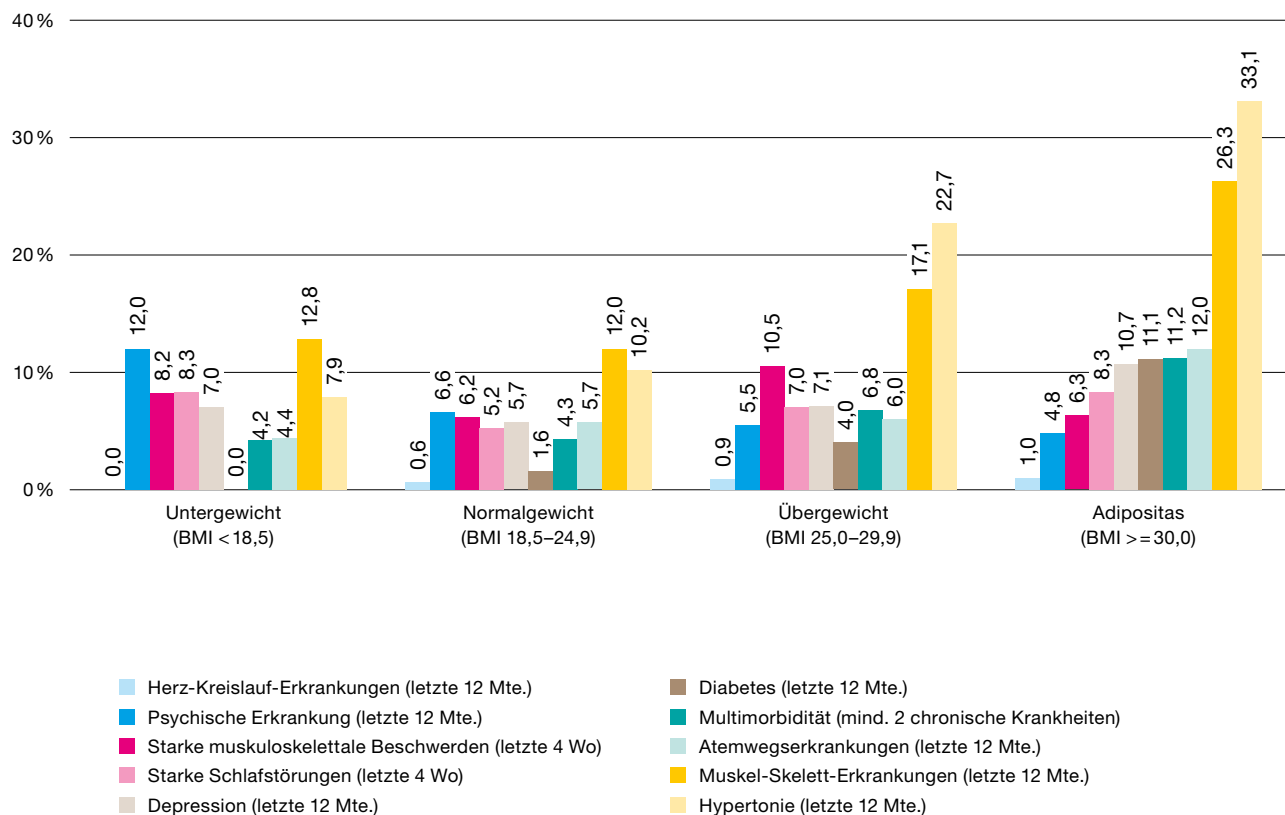


In der übrigen Deutschschweiz präsentiert sich das Verlaufsmuster ganz analog zum Kanton Zürich, nur dass der Anteil an leicht bis schwer Übergewichtigen in der übrigen Deutschschweiz seit 15 Jahren leicht höher liegt als im vergleichsweise urbanen Kanton Zürich und von 29 % (1992) auf mittlerweile fast 43 % (2017) zugenommen hat (siehe Abb. 18). Das entspricht durchaus einem globalen Trend, wonach die Übergewichtsepidemie vermehrt ein Phänomen ländlicher, ruraler Regionen ist und in städtischen Gebieten weniger deutlich zutage tritt.

Dass Übergewicht und insbesondere starkes Übergewicht oder Fettleibigkeit (Adipositas) ein vergleichsweise hohes gesundheitliches Risiko darstellt, bestätigt sich für den Kanton Zürich eindrücklich. Besonders deutlich zeigt sich dies im Hinblick auf Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bei kardiometabolischen Erkrankungen wie hohem Blutzucker und hohem Blutdruck (siehe Abb. 19). Normalgewichtige Zürcherinnen und Zürcher ab 15 Jahren weisen eine Prävalenz von 12 % bei Muskel-Skelett-Erkrankungen wie Arthrose, Arthritis oder Osteoporose auf, übergewichtige eine Prävalenz von 17 % und adipöse bereits eine Prävalenz von 26 % (siehe Abb. 19). Selbstberichtete Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkte oder Schlaganfälle sind unter Normalgewichtigen aller Altersgruppen mit einer Prävalenz von 0,6 % zwar vergleichsweise selten, unter schwer Übergewichtigen mit 1 % jedoch bereits fast doppelt so häufig. Entsprechend weit verbreitet unter (schwer) Übergewichtigen sind zwei klassische Vorerkrankungen oder vielmehr Risikofaktoren für Herzinfarkte und Schlaganfälle, nämlich Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) und Bluthochdruck (Hypertonie). Normalgewichtige weisen in nicht mal 2 % aller Fälle Diabetes (mehrerheitlich Typ II) auf, wohingegen Übergewichtige bereits doppelt so häufig daran erkranken und Fettleibige gar in 11 % der Fälle zuckerkrank sind (siehe Abb. 19). Auch Multimorbidität, also die gleichzeitige Erkrankung an mehr als einer chronischen Krankheit, ist mit zunehmender Körpermasse (BMI) ein häufiger werdendes Phänomen in der Zürcher Wohnbevölkerung (genauso wie in anderen Populationen auch). So leiden 4 % der normalgewichtigen, 7 % der leicht übergewichtigen und bereits 11 % der stark übergewichtigen Zürcherinnen und Zürcher an mindestens zwei chronischen Atemwegserkrankungen (Asthma, chronische Bronchitis, COPD, Emphysem), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall), Muskel-Skelett-Erkrankungen (Arthrose, Arthritis, Osteoporose) oder irgendwelchen Krebserkrankungen (siehe Abb. 19).

**Abbildung 19**

BMI und Häufigkeit von chronischen Krankheiten, Kanton Zürich



Viele dieser chronischen Krankheiten sind allerdings typische Alterserscheinungen und mögen daher nicht ursächlich oder primär auf das Übergewicht zurückzuführen sein, sondern gehen womöglich einfach einher mit dem Alter, denn mit zunehmendem Alter steigt bekanntlich sowohl die Wahrscheinlichkeit für Übergewicht als auch das Risiko für chronische Krankheiten und Multimorbidität. Um diesen möglichen Alterseffekt ausschliessen zu können, wurde statistisch für Alter und andere Faktoren (Geschlecht, Bildung) kontrolliert (siehe Tab. 3 und 4). Dabei hat sich gezeigt, dass der Body-Mass-Index sehr wohl einen vom Alter, vom Geschlecht und von der Bildung unabhängigen Effekt auf das Erkrankungsrisiko hat. Das grösste relative Krankheitsrisiko haben Übergewichtige und Adipöse im Hinblick auf Diabetes und Hypertonie. Im Vergleich zu Normalgewichtigen weisen Übergewichtige aus dem Kanton Zürich ein rund zweifach erhöhtes Risiko und Adipöse sogar ein knapp vier- bis über fünffach erhöhtes Risiko für Hypertonie und Diabetes auf (siehe Tab. 3). Das Risiko für Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie chronische Atemwegserkrankungen ist bei übergewichtigen Zürcherinnen und Zürchern ebenfalls signifikant erhöht und bei adipösen rund doppelt so hoch wie bei Normalgewichtigen. Ähnliches gilt für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, für die Übergewichtigen ebenfalls ein um 35 % erhöhtes Risiko zeigen. Nicht so hingegen die stark Übergewichtigen (siehe Tab. 3). Dies dürfte allerdings ein Problem geringer Fallzahlen sein, denn von über 180 Adipösen in der Zürcher Stichprobe hatten lediglich zwei einen Herzinfarkt oder Schlaganfall in den vergangenen zwölf Monaten. Das entspricht zwar einem Siebtel aller selbstberichteten 14 Fälle von Herzinfarkten oder Schlaganfällen in der gesamten Zürcher Stichprobe bei einem (ungewichteten) Anteil von nicht mal 9 % und ist daher relativ viel, aber absolut betrachtet eben doch sehr wenig. Trotz statistischer Korrektur (Gewichtung nach verschiedenen demographischen Merkmalen) und Extrapolation der Daten (Hochrechnung auf die gesamte Zürcher Bevölkerung) kann es dadurch zu Verzerrungen und Problemen mit der Repräsentativität kommen. Prozentual beklagten insgesamt immerhin 1,1 % aller Adipösen (gewichtete Daten: 1,0 %), aber lediglich 0,6 % (gewichtete Daten: 0,6 %) aller Normal- und Untergewichtigen einen Herzinfarkt oder Schlaganfall im vergangenen Jahr, wobei erstere natürlich ein höheres Durchschnittsalter aufweisen als letztere.

**Tabelle 3**

Body Mass-Index in Zusammenhang mit chronischen Krankheiten, Kanton Zürich

	Diabetes <sup>1)</sup>		Hypertonie <sup>2)</sup>		Herz-Kreislauf-Erkrankungen <sup>3)</sup>		Muskel-Skelett-Erkrankungen <sup>4)</sup>		Atemwegs-erkrankungen <sup>5)</sup>	
	aOR	95 %CI	aOR	95 %CI	aOR	95 %CI	aOR	95 %CI	aOR	95 %CI
<b>Body Mass-Index (BMI)</b>										
Untergewicht (BMI <18,5)	–		<b>0,94</b>	0,90–0,97	–		<b>1,08</b>	1,05–1,12	<b>0,70</b>	0,67–0,73
Normalgewicht (18,5≤BMI<25)	1		1		1		1		1	
Übergewicht (25≤BMI<30)	<b>1,71</b>	1,67–1,75	<b>2,25</b>	2,22–2,28	<b>1,35</b>	1,28–1,41	<b>1,49</b>	1,47–1,51	<b>1,03</b>	1,02–1,05
Adipositas (BMI≥30)	<b>5,29</b>	5,15–5,44	<b>3,60</b>	3,54–3,66	1,04	0,98–1,12	<b>2,17</b>	2,13–2,21	<b>1,99</b>	1,95–2,03
Anz. Fälle im Modell (Anz. Krankheitsfälle)	2029 (66)		2013 (336)		2029 (14)		2012 (330)		2028 (126)	

Daten: **SGB 2017** (gewichtete Daten); aOR = adjusted Odds Ratio (kontrolliert für Geschlecht, Alter und Bildung), fettgedruckt = sign. (p ≤ 0,05)<sup>1)</sup> Ärztlich diagnostizierte Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus Typ I + II) in den letzten 12 Monaten<sup>2)</sup> Zu hoher Blutdruck in den letzten 12 Monaten<sup>3)</sup> Herzinfarkt oder Schlaganfall (Gehirnblutung, zerebrales Blutgerinnsel) in den letzten 12 Monaten<sup>4)</sup> Arthrose, Arthritis oder Osteoporose in den letzten 12 Monaten<sup>5)</sup> Asthma, chronische Bronchitis, COPD oder Emphysem (Lungenblähung) in den letzten 12 Monaten

Im Übrigen zeigen Untergewichtige im Kanton Zürich im Vergleich mit Normalgewichtigen und im Unterschied zu Übergewichtigen ein leicht geringeres Risiko für Bluthochdruck und ein deutlich reduziertes Risiko für chronische Atemwegserkrankungen, aber ebenfalls ein signifikant, wenn auch nur leicht höheres Risiko für Muskel-Skelett-Erkrankungen (siehe Tab. 3). Darüber hinaus weisen Untergewichtige angesichts ihres relativ geringen Durchschnittsalters ein vergleichsweise geringes Risiko für Multimorbidität auf, hingegen ein bis zu knapp 50 % erhöhtes Risiko für starke Schlafstörungen, irgendeine psychische Erkrankung oder gar eine Depression (siehe Tab. 4).

Bezüglich Multimorbidität und Depression weisen allerdings wiederum die leicht und vor allem stark übergewichtigen Zürcherinnen und Zürcher die höchsten relativen Risiken auf (siehe Tab. 4). Übergewichtige und insbesondere stark Übergewichtige (Adipöse) riskieren ausserdem auch relativ häufig starke muskuloskelettale Beschwerden wie Kreuz-, Rücken-, Nacken- oder Schulterschmerzen, genauso wie erhebliche Ein- oder Durchschlafstörungen oder Depressionen (siehe Tab. 4).

Dass leicht Übergewichtige ein im Vergleich mit Normalgewichtigen zweifach erhöhtes Risiko für starke muskuloskelettale Beschwerden und damit mit Abstand das höchste Risiko von allen vier ‚Gewichtsklassen‘ (BMI-Gruppen) aufweisen, stark Übergewichtige diesbezüglich hingegen das geringste Risiko zeigen (siehe Tab. 4), ist etwas überraschend und dürfte womöglich an der häufigeren gänzlichen körperlichen Inaktivität der Adipösen (15 %) im Vergleich zu den leicht Übergewichtigen (7 %) liegen, die verhindert, dass solch starke Beschwerden und Schmerzen überhaupt erst auftreten.

**Tabelle 4**

Body Mass-Index in Zusammenhang mit Multimorbidität sowie muskuloskelettalen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen, Kanton Zürich

	Multimorbidität <sup>1)</sup>		Starke muskulo- skelettale Beschwerden <sup>2)</sup>		Starke Schlaf- störungen <sup>3)</sup>		Psychische Erkrankung <sup>4)</sup>		Depression <sup>5)</sup>	
	aOR	95 %CI	aOR	95 %CI	aOR	95 %CI	aOR	95 %CI	aOR	95 %CI
<b>Body Mass-Index (BMI)</b>										
Untergewicht (BMI <18,5)	<b>0,82</b>	0,77–0,87	1,03	0,99–1,07	<b>1,47</b>	1,41–1,52	<b>1,46</b>	1,41–1,50	<b>1,11</b>	1,07–1,16
Normalgewicht (18,5 ≤ BMI < 25)	1		1		1		1		1	
Übergewicht (25 ≤ BMI < 30)	<b>1,60</b>	1,57–1,63	<b>1,99</b>	1,96–2,02	<b>1,39</b>	1,37–1,42	1,02	1,00–1,04	<b>1,25</b>	1,23–1,27
Adipositas (BMI ≥ 30)	<b>1,85</b>	1,80–1,89	<b>0,87</b>	0,84–0,89	<b>1,43</b>	1,40–1,47	<b>0,85</b>	0,83–0,88	<b>1,74</b>	1,70–1,78
Anz. Fälle im Modell (Anz. Krankheitsfälle)	2001 (113)		2033 (151)		2032 (134)		2033 (129)		2033 (135)	

Daten: **SGB 2017** (gewichtete Daten); aOR = adjusted Odds Ratio (kontrolliert für Geschlecht, Alter und Bildung), fettgedruckt = sign. ( $p \leq 0,05$ )

<sup>1)</sup> Kumulierte chronische Krankheiten, d.h. mindestens zwei der folgenden Krankheiten in den letzten 12 Monaten: chronische Atemwegserkrankungen (Asthma, chronische Bronchitis, COPD, Emphysem), Muskel-Skelett-Erkrankungen (Arthrose, Arthritis, Osteoporose), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall), Krebserkrankungen, Harninkontinenz

<sup>2)</sup> Starke Rücken- oder Kreuzschmerzen und/oder starke Schmerzen im Nacken, in den Schultern und/oder den Armen gehabt in den letzten 4 Wochen

<sup>3)</sup> Starke Einschlaf- oder Durchschlafstörungen gehabt in den letzten 4 Wochen

<sup>4)</sup> Wegen psychischem Problem in (ärztlicher oder therapeutischer) Behandlung gewesen in den letzten 12 Monaten

<sup>5)</sup> In den letzten 12 Monaten

#### 4.9 Lebensstil und Gesundheit

Der persönliche Lebensstil ist eine wichtige, wenn nicht sogar DIE wichtigste Determinante der Gesundheit. Mit Lebensstil in diesem Zusammenhang gemeint ist die gesundheitsbezogene Art und Weise der Lebensführung oder anders formuliert: die Kumulation von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Lebensgewohnheiten. Auch wenn sich Individuen in unterschiedlichen Lebensbereichen mitunter auch sehr unterschiedlich verhalten, gibt es doch typische Verhaltensmuster, das vielen Menschen gemeinsam ist. Vor allem aber häufen sich typischerweise gewisse gesundheitlich ungünstige Verhaltensweisen bei einzelnen Individuen. So ernähren sich Bewegungsmuffel gerne auch ungünstig. Nicht selten gehen Tabakkonsum und problematischer Alkoholkonsum miteinander einher. Genauso wie fehlende Bewegung oder problematischer Internetkonsum und langes Sitzen häufig zusammenkommen. Umgekehrt verhalten sich Gesundheitsbewusste generell günstiger, ernähren sich gesünder und bewegen sich häufiger, rauchen nicht, trinken weniger Alkohol usw. Aber natürlich sind diejenigen, die sich durchwegs und über alle Aspekte der Lebensführung hinweg gesundheitlich günstig oder ungünstig verhalten, dann doch eher die Ausnahme. Zumindest in einzelnen Bereichen und/oder in gewissen Lebensphasen verhalten sich die meisten mehr oder eben weniger gesundheitsförderlich. Gesundheitlich problematisch wird es dann, wenn sich ungünstige Verhaltensweisen nicht nur kumulieren, sondern auch noch perpetuieren, also über Jahre oder Jahrzehnte fortbestehen.

Bei knapp einem Viertel der Bevölkerung des Kantons Zürich (24 %) und bei rund einem Fünftel der Bevölkerung der übrigen Deutschschweiz (20 %) kumulieren sich ungünstige Verhaltensweisen wie Bewegungsmangel, exzessives Sitzen, ungenügender Früchte- und/oder Gemüsekonsum, übermässiger Alkoholkonsum, Tabakkonsum, problematischer Internetkonsum oder der Konsum von psychoaktiven Substanzen zu einem eher bis sehr ungesunden Lebensstil (siehe Tab. 5). Dabei zeigen sich über die einzelnen Bevölkerungsgruppen und insbesondere die Altersgruppen und Bildungsniveaus hinweg wiederum die typischen Verlaufsmuster (siehe Abb. 19). So verringert sich etwa die Häufigkeit generell ungesunder Lebensführung mit dem Alter und zunehmender Bildung

kontinuierlich und deutlich. Über 36 % der Jugendlichen, aber lediglich noch knapp 17 % der Rentnerinnen und Rentner weisen einen eher bis sehr ungesunden Lebensstil auf. Gleiches gilt für 30 % der wenig Gebildeten, aber nur 19 % der hoch Gebildeten. Oder für 22 % der Erwerbstätigen und 35 % der Nichterwerbstätigen und Erwerbslosen (siehe Abb. 20). Typisch ist ausserdem der Geschlechterunterschied diesbezüglich: Knapp 20 % der Frauen, jedoch fast 28 % der Männer im Kanton Zürich verhalten sich eher bis sehr ungesund.

**Tabelle 5**

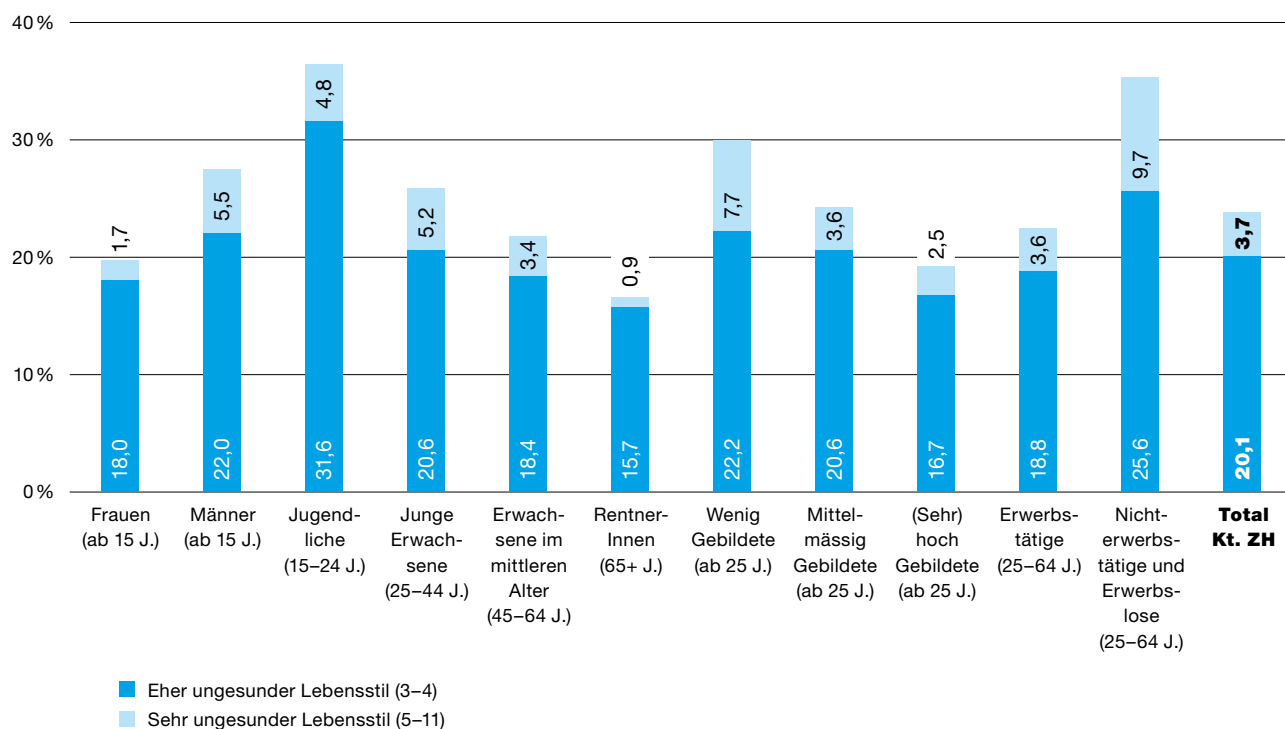
Einzelindikatoren und Summenindex für einen (un-)gesunden Lebensstil nach Geschlecht und im Total sowie im Vergleich zur übrigen Deutschschweiz

Indikatoren (Variablen)	Score	Mann	Frau	Total Kt. ZH	Total Übrige D-CH
<b>Körperliche Aktivität</b>					
Aktiv bis trainiert	0	80,0 %	77,3 %	<b>78,7 %</b>	<b>79,4 %</b>
Teilaktiv (ungenügend aktiv)	1	14,3 %	14,5 %	<b>14,4 %</b>	<b>14,1 %</b>
Inaktiv	2	5,8 %	8,2 %	<b>7,0 %</b>	<b>6,5 %</b>
<b>Tägliches Sitzen (Dauer)</b>					
Normales Sitzen (0–5 Std./Tag)	0	45,0 %	58,1 %	<b>51,4 %</b>	<b>59,7 %</b>
Langes Sitzen (6–9 Std./Tag)	0	30,5 %	28,1 %	<b>29,3 %</b>	<b>26,8 %</b>
Exzessives Sitzen (10+ Std./Tag)	1	24,5 %	13,9 %	<b>19,3 %</b>	<b>13,5 %</b>
<b>Früchte und/oder Gemüsekonsum</b>					
3 oder mehr Portionen pro Tag	0	43,7 %	67,1 %	<b>55,2 %</b>	<b>54,7 %</b>
Keine bis 2 Portionen pro Tag	0	42,1 %	27,3 %	<b>34,8 %</b>	<b>35,6 %</b>
An weniger als 5 Tagen pro Woche	1	14,2 %	5,6 %	<b>10,0 %</b>	<b>9,7 %</b>
<b>Alkoholkonsum</b>					
Kein Konsum (Abstinenz)	0	9,9 %	19,4 %	<b>14,5 %</b>	<b>16,7 %</b>
Geringer bis moderater Konsum	0	85,2 %	77,1 %	<b>81,2 %</b>	<b>79,5 %</b>
Problematischer Konsum	1	4,9 %	3,5 %	<b>4,2 %</b>	<b>3,8 %</b>
<b>Rauschtrinken (Binge-Drinking)</b>					
Nie / selten (<1 Mal pro Monat)	0	79,1 %	90,6 %	<b>84,8 %</b>	<b>85,5 %</b>
Regelmässig (1–3 Mal pro Monat)	1	15,7 %	7,8 %	<b>11,8 %</b>	<b>12,1 %</b>
Häufig (≥1 Mal pro Woche)	2	5,2 %	1,7 %	<b>3,5 %</b>	<b>2,5 %</b>
<b>Tabakkonsum (Anzahl Zigaretten)</b>					
Kein Konsum (Ex-, Nichtraucher)	0	67,4 %	78,3 %	<b>72,8 %</b>	<b>74,7 %</b>
Geringer bis moderater Konsum (<1–9 pro Tag)	1	16,9 %	12,7 %	<b>14,8 %</b>	<b>13,0 %</b>
Erhöhter Konsum (10+ pro Tag)	2	15,7 %	9,0 %	<b>12,4 %</b>	<b>12,2 %</b>
<b>Medikamentenkonsum (letzte 7 Tage)</b>					
Keine Medikamente	0	56,7 %	48,7 %	<b>52,8 %</b>	<b>51,3 %</b>
Keine psychotropen Medikamente	0	36,3 %	41,2 %	<b>38,7 %</b>	<b>41,2 %</b>
Psychotrope Medikamente	1	7,0 %	10,1 %	<b>8,5 %</b>	<b>7,5 %</b>
<b>Internetkonsum</b>					
Kein / unproblematischer Konsum (0–8)	0	89,2 %	92,4 %	<b>90,8 %</b>	<b>92,0 %</b>
Symptomatischer Konsum (9–12)	0	6,5 %	3,6 %	<b>5,1 %</b>	<b>5,2 %</b>
Problematischer Konsum (13+)	1	4,3 %	4,0 %	<b>4,1 %</b>	<b>2,8 %</b>
<b>Gesundheitsbezogener Lebensstil</b>					
Sehr gesund	0	17,1 %	30,4 %	<b>23,6 %</b>	<b>27,9 %</b>
Eher gesund	1–2	55,3 %	49,9 %	<b>52,7 %</b>	<b>52,5 %</b>
Eher ungesund	3–4	22,0 %	18,0 %	<b>20,1 %</b>	<b>16,6 %</b>
Sehr ungesund	5–11	5,5 %	1,7 %	<b>3,7 %</b>	<b>3,1 %</b>

Datenquelle: **SGB 2017** (gewichtete Daten)

**Abbildung 20**

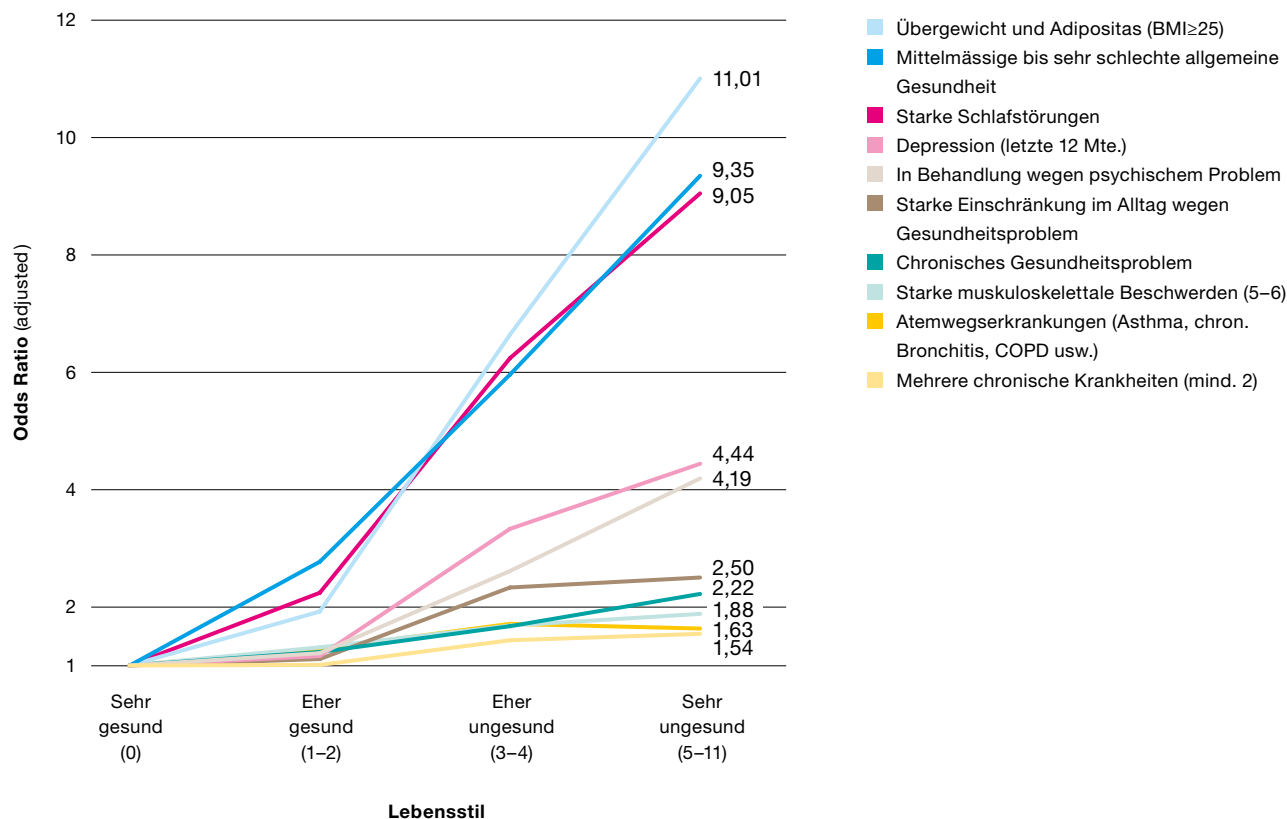
Ungesunder Lebensstil, Gesamtbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich



Kumulieren sich gesundheitlich ungünstige Verhaltensweisen und Gewohnheiten bei einer Person und dies über eine längere Zeit, so kann und wird ein solches Gesundheitsverhalten die Gesundheit der betroffenen Person über kurz oder lang schädigen. Dabei wirkt sich ein derart ungesunder Lebensstil besonders auch auf die psychische Gesundheit aus. Unabhängig vom Geschlecht, Alter und Bildungsniveau steigt das relative Gesundheits- oder vielmehr Krankheitsrisiko (Odds Ratio) der Zürcherinnen und Zürcher stetig und teilweise massiv an, je ungesunder ihr Lebensstil ist (siehe Abb. 21). Besonders stark zeigt sich dieser Anstieg des Gesundheitsrisikos bei psychischen Krankheiten und psychosomatischen Beschwerden (Depressionen, Schlafstörungen, wegen psychischem Problem in Behandlung). Das Risiko, an einer Depression oder an starken Schlafstörungen zu leiden, ist neun- bis elffach höher bei denjenigen mit einem sehr ungesunden Lebensstil im Vergleich zu jenen mit einem gesunden Lebensstil (siehe Abb. 21). Auch das Risiko einer mässigen bis sehr schlechten allgemeinen Gesundheit oder einer gesundheitsbedingten Einschränkung im Alltag steigt bis auf über das Vierfache an (siehe Abb. 21). Und selbst das Risiko, chronisch krank zu sein oder gleich mehrere ernsthafte chronische Krankheiten zu haben, an Atemwegserkrankungen oder starken muskuloskelettalen Beschwerden zu leiden oder leicht bis stark übergewichtig zu sein, ist signifikant und deutlich erhöht, wenn man zu den knapp 4 % der Bevölkerung zählt, die einen sehr ungesunden Lebensstil aufweisen und mehrfach ungünstige Verhaltensweisen zeigen (siehe Abb. 21). Bereits ein «eher ungesunder Lebensstil» geht mit einem bis zu sechsfach erhöhten Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiko einher.

**Abbildung 21**

Ungesunder Lebensstil und Gesundheitsprobleme, Kanton Zürich

**4.10 Zusammenfassung**

Die verschiedenen, im vorliegenden Bericht gesondert untersuchten Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich unterschieden sich teilweise erheblich in ihrem Gesundheitsverhalten. Vor allem körperliche Inaktivität oder vielmehr mangelnde Bewegung, exzessives, langandauerndes Sitzen, problematischer Internetkonsum, vermehrter Tabakkonsum, regelmässiger und übermässiger Alkoholkonsum, der Konsum von psychotropen und anderen Medikamenten sowie mangelnder Früchte- und/oder Gemüsekonsum und – teilweise daraus resultierend – Übergewicht und Fettleibigkeit (Adipositas) sind sehr ungleich verteilt und verbreitet in der Zürcher Wohnbevölkerung und einzelnen Untergruppen. Dabei erweisen sich manche Bevölkerungsgruppen des Kantons Zürich fast durchwegs und generell als Risikogruppen, andere wiederum nur punktuell oder partiell. Hierzu eine Übersicht und Auswahl:

- Frauen ab 15 Jahren rauchen vergleichsweise selten Tabak oder trinken eher selten übermässig viel Alkohol oder essen relativ selten in ungenügendem Masse Früchte und Gemüse, nehmen aber stattdessen relativ häufig psychotrope und andere Medikamente ein (51 %), sind überdurchschnittlich häufig körperlich ungenügend aktiv oder inaktiv (23 %) und gleichzeitig auch relativ häufig untergewichtig (6 %).
- Männer ab 15 Jahren zählen sowohl punkto körperlicher Inaktivität und häufigen langen Sitzens als auch bezüglich Tabakkonsum, übermässigem Alkoholkonsum (regelmässiges Rauschtrinken), mangelndem Früchte- und/oder Gemüsekonsum und problematischem Internetkonsum zu einer gesundheitlichen Risikogruppe. Entsprechend sind sie gesamthaft beispielsweise auch deutlich häufiger übergewichtig als die gleichaltrigen Frauen (46 % vs. 30 %) und weisen häufiger einen eher bis sehr ungesunden Lebensstil auf (28 % vs. 20 %).

- Jugendliche zwischen 15 und 25 Jahren sind im Vergleich zu anderen Alters- bzw. Bevölkerungsgruppen zwar relativ selten übergewichtig (20 %) und körperlich ungenügend aktiv oder gar inaktiv (11 %) und nehmen auch eher selten (psychoaktive) Medikamente zu sich (35 %), sind dafür aber vergleichsweise häufig untergewichtig (9 %) und zeigen weit überdurchschnittlich häufig einen eher problematischen Internetkonsum (26 %) im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt (9 %). Auch verbringen sie häufig eine ungesund lange Zeit von zehn oder mehr Stunden täglich mit Sitzen (27 %) und trinken viel häufiger übermässig viel Alkohol in Form von regelmässigem bis häufigem Rauschtrinken oder sogenanntem Binge-Drinking (29 %) im Vergleich zur gesamten Bevölkerung ab 15 Jahren (15 %).
- Rentnerinnen und Rentner ab 65 Jahren erweisen sich bezüglich der meisten verhaltensbezogenen Risikofaktoren als wenig problematisch. Sie verbringen meist deutlicher weniger Zeit pro Tag mit oder vielmehr im Sitzen, nutzen das Internet vergleichsweise wenig – und wenn, dann zeigen sie keinen problematischen Umgang damit –, rauchen kaum, trinken höchst selten übermässig viel Alkohol bei einer einzelnen Gelegenheit und essen auch nur ganz selten viel zu wenig Früchte und/oder Gemüse. Einzig bezüglich körperlicher (In-)Aktivität und des Konsums von Medikamenten erweisen sie sich als Risikogruppe mit einem weit überdurchschnittlich hohen Anteil an Inaktiven im Vergleich zur gesamten Wohnbevölkerung ab 15 Jahren (13 % vs. 7 %) und einem relativ hohen Anteil an Konsumenten psychotroper (14 % vs. 9 %) und anderer Medikamente (62 % vs. 39 %). Mit einem Anteil von fast der Hälfte oder 49 % weisen sie ausserdem den zweithöchsten Anteil an Übergewichtigen und Adipösen aller untersuchten Bevölkerungsgruppen auf.
- Wenig Gebildete ab 25 Jahren weisen im Vergleich mit dem Durchschnitt einen besonders hohen und von allen untersuchten Bevölkerungsgruppen mit Abstand den höchsten Anteil an körperlich gänzlich Inaktiven (21 % vs. 7 %) und an schwer Übergewichtigen (19 % vs. 9 %) auf. Insgesamt sind sogar mehr als die Hälfte, genauer 51 % aller vergleichsweise wenig gebildeten und im Kanton Zürich ansässigen Personen ab 25 Jahren übergewichtig. Auch bezüglich Tabak-, Medikamenten- sowie Früchte- und Gemüsekonsum zählen sie zu den Risikogruppen. Einzig bezüglich langen Sitzens und im Hinblick auf problematischen Alkoholkonsum und Rauschtrinken sind sie als Kollektiv wenig bis überhaupt nicht auffällig.
- Nichterwerbstätige und insbesondere Erwerbslose zwischen 25 und 64 Jahren sind im Vergleich mit den gleichaltrigen Erwerbstätigen nicht nur relativ häufig körperlich gänzlich inaktiv (14 % vs. 4 %) und schwer übergewichtig bzw. fettleibig (16 % vs. 8 %). Sie nutzen auch häufiger das Internet in problematischer Weise (14 % vs. 8 %) und konsumieren weit häufiger psychotrope Medikamente (wie Schlaf- oder Beruhigungsmittel oder Antidepressiva usw. 20 % vs. 5 %). Bezüglich Alkohol- und Tabakkonsum sowie anderer Aspekte des Gesundheitsverhaltens sind sie allerdings wenig auffällig.

Über alle untersuchten Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich hinweg und sozusagen stellvertretend für gesundheitlich ungünstiges Bewegungs- und Ernährungsverhalten hat sich Übergewicht und insbesondere starkes Übergewicht als erheblicher gesundheitlicher Risikofaktor erwiesen. Dies vor allem im Hinblick auf zu hohen Blutzucker (Diabetes) und Bluthochdruck (Hypertonie), aber auch hinsichtlich muskuloskelettaler Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und psychischer Erkrankungen wie Depressionen sowie multipler chronischer Erkrankungen (Multimorbidität) generell.

Im Einzelfall und kurzfristig mögen sich die hier berücksichtigten gesundheitlich ungünstigen Verhaltensweisen nicht immer direkt und unmittelbar negativ auf die Gesundheit auswirken. Kumulieren und kombinieren sich aber solche ungünstigen Verhaltensweisen zu einem ungesunden Lebensstil und dies wenn möglich noch über einen längeren Zeitraum, so wirkt sich das aber durchaus negativ auf die körperliche und insbesondere psychische Gesundheit aus. Die Risiken v.a. für Depressionen und andere psychische Erkrankungen, genauso wie für starke Schlafstörungen, gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag, muskuloskelettale Beschwerden oder sonstige chronische Gesundheitsprobleme steigen mit zunehmend ungesundem Lebensstil stetig und deutlich an, vielfach sogar um ein Mehrfaches. Über nahezu sämtliche erfassten Krankheiten und Gesundheitsprobleme hinweg zeigt sich ein klarer Dosis-Wirkungs-Zusammenhang, d.h. ein kontinuierlich ansteigendes Gesundheits- oder vielmehr Erkrankungsrisiko mit ansteigender Zahl an gesundheitlich ungünstigen Verhaltensweisen wie körperliche Inaktivität, exzessives tägliches Sitzen, mangelnder Früchte- und/oder Gemüsekonsum, problematischer Alkoholkonsum, regelmässiger bis erhöhter Tabakkonsum, Konsum psychoaktiver Medikamente oder problematischer Internetkonsum.



# **5.0**

## **Gesundheit unter besonde- ren Bedingungen und in unter- schiedlichen Lebenswelten**

### **5.1 Besondere gesundheitliche Belastungen und Ressourcen**

#### **5.1.1 Zusammenfassung**

### **5.2 Gesundheit und Gesundheitsverhalten in zwei ausgewählten Lebenswelten**

#### **5.2.1 Zusammenfassung**

# Gesundheit unter besonderen Bedingungen und in unterschiedlichen Lebenswelten

Ein ungünstiges Gesundheitsverhalten, ein insgesamt ungesunder Lebensstil oder vielmehr das kumulierte Auftreten von ungesunden Verhaltensweisen hat also nachweislich einen negativen gesundheitlichen Effekt und beeinträchtigt nicht nur die physische, sondern insbesondere auch die psychische Gesundheit. Darüber hinaus gibt es bestimmte Lebens- und Arbeitsbedingungen, die das individuelle Gesundheitsverhalten und den persönlichen Lebensstil mit beeinflussen und direkt wie indirekt (mittels Gesundheitsverhalten) die Gesundheit beeinträchtigen oder aber schützen bzw. fördern. Zu diesen besonders gesundheitsrelevanten Lebens- und Arbeitsbedingungen und wichtigen «Ursachen der Ursachen» von Gesundheit und Krankheit sowie gesunder und ungesunder Lebensführung zählen nachweislich Faktoren wie etwa die (mangelnde) Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, Stress (bei der Arbeit), soziale Integration oder eben Isolation bzw. das Gefühl von Einsamkeit oder auch das Ausmass an sozialer Unterstützung, die man erfährt bzw. erhält oder auch nur wahrnimmt. Je nach Ausmass und Ausprägung handelt es sich dabei um gesundheitliche Risiken oder Ressourcen.

Das gilt im übrigen auch für die sogenannte Kontrollüberzeugung, welche zentral ist für das individuelle Gesundheitsverhalten und wie dieses massgeblich durch Bedingungen und Erfahrungen im Leben und bei der Arbeit geprägt wird. Als persönliche und generalisierte Kontrollüberzeugung bezeichnet man in der Psychologie den Glauben eines Menschen daran, über sein Leben selbst bestimmen zu können, und eben nicht macht- und hilflos der Willkür des Schicksals und den Widrigkeiten des Lebens ausgeliefert zu sein. Das Konstrukt der Kontrollüberzeugung<sup>1</sup> gilt als sehr bedeutsam für die Erklärung und Vorhersage menschlichen Verhaltens.

Abgesehen von solchen spezifischen Lebens- und Arbeitsbedingungen, denen viele Menschen mehr oder weniger, irgendwann mal, dauernd, phasenweise oder immer mal wieder ausgesetzt sind, gibt es besondere Lebenswelten, in denen die Lebens- und Arbeitsbedingungen nicht nur im Einzelnen, sondern auf breiter Ebene und im Kollektiv und nicht nur vorübergehend, sondern ständig anders sind als in anderen Bevölkerungsgruppen oder bei der Mehrheit der Bevölkerung und womöglich gesundheitlich belastend. Gemeint ist etwa ein Leben in einer sogenannt totalen Institution, also beispielsweise im Gefängnis, im Kloster, in einer Sekte, auf dem Schiff (historisch), im Militär(-dienst) usw., also in Welten, die strikt getrennt sind von der Aussenwelt und in denen das Leben in vielerlei und daher auch gesundheitsrelevanter Hinsicht anders verläuft als «draussen».

Eine eigene (Lebens-)Welt in dieser Hinsicht, wenngleich nicht ganz so allumfassend und abgegrenzt wie in totalen Institutionen bildet auch das Leben in einem Alters- oder Pflegeheim, ein Leben mit Behinderung bzw. in einem Behindertenheim oder das Leben in spezifischen Subkulturen oder Jugendkulturen, in denen teilweise ganz bewusst und betont ein spezifischer «Lebensstil» gepflegt und zur Schau getragen wird. Weniger sichtbar und häufig ohne eigenes Kollektivbewusstsein, aber genauso gesundheitsrelevant und lebensstilprägend ist ein Leben in sozialer Benachteiligung, ein Leben in (relativer) Armut, ein Leben in der Sozialhilfe und in (Langzeit-)Arbeitslosigkeit, ein Leben in sozialer Isolation oder in selbstgewählter Abgeschlossenheit oder Enthaltsamkeit. In solchen Lebenswelten leben zwar Minderheiten oder Randgruppen, welche aber mitunter grössere Bevölkerungsgruppen darstellen. Das gilt auch für ein Leben auf dem Lande oder ein Leben in der Fremde oder im Exil, welches sich teilweise ebenfalls stark unterscheidet vom Leben in der Stadt oder in der Heimat.

Wenn einzelne Lebens- und Arbeitsbedingungen die individuelle Gesundheit bereits massgeblich beeinflussen können, dann tut das eine eigene und umfassendere Lebenswelt erst recht.

<sup>1</sup> Erfasst und gemessen wurde die Kontrollüberzeugung in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 mittels einer Batterie aus vier Fragen oder vielmehr Aussagen, zu denen die Befragten den Grad ihrer Zustimmung (von «voll und ganz» bis «überhaupt nicht») angeben mussten und die dann zu einer Skala zusammengefasst wurden, welche Werte bzw. aufsummierte Antwortscores von 4 (minimale Kontrollüberzeugung) bis 16 (maximale Kontrollüberzeugung) aufweist. Bei den vier Fragen oder Aussagen geht es in Anlehnung an die ursprünglich sieben Items umfassende, sogenannte Mastery Scale des 2014 verstorbenen amerikanischen Soziologen Leonard Irving Pearlin aus dem Jahr 1978 um Gefühle des Kontrollverlusts, des Ausgeliefertseins und des Nichtfertigwerdens mit Problemen im Leben.

### 5.1 Besondere gesundheitliche Belastungen und Ressourcen

Die erwähnten spezifischen Lebens- und Arbeitsbedingungen in Form von gesundheitlichen Risiken oder vielmehr Belastungen (mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, Arbeitsstress, soziale Isolation) und Ressourcen (soziale Unterstützung, hohe Kontrollüberzeugung) sind zwar teilweise weit verbreitet in der Zürcher Wohnbevölkerung, aber einmal mehr sehr ungleich verteilt über die verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Beispielsweise variiert der Anteil an sozial Isolierten bei den über 14-Jährigen im Kanton Zürich je nach Bevölkerungsgruppe zwischen nicht mal 2 % und knapp 15 % und liegt in der gesamten kantonalzürcherischen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren bei rund 6 % (siehe Abb. 22) und bei den Gleichaltrigen in der übrigen Deutschschweiz bei gut 5 % (nicht abgebildet). Auch häufig («meistens» bis «immer») Stress bei der Arbeit haben je nach Bevölkerungsgruppe im Kanton Zürich zwischen 1 % (Erwerbstätige im Rentenalter) und 28 % (Jugendliche) und geben insgesamt 21 % der Erwerbstätigen im Kanton Zürich (siehe Abb. 22) und 18 % derjenigen in der übrigen Deutschschweiz (nicht abgebildet) an. Und manchmal bis immer Mühe mit der Vereinbarkeit von Arbeit und Familienpflichten haben zwischen 12 % und 40 % und total über 35 % aller 15-jährigen und älteren Erwerbstätigen im Kanton Zürich (siehe Abb. 22) und genau 31 % der gleichaltrigen Erwerbstätigen in der übrigen Deutschschweiz (nicht abgebildet).

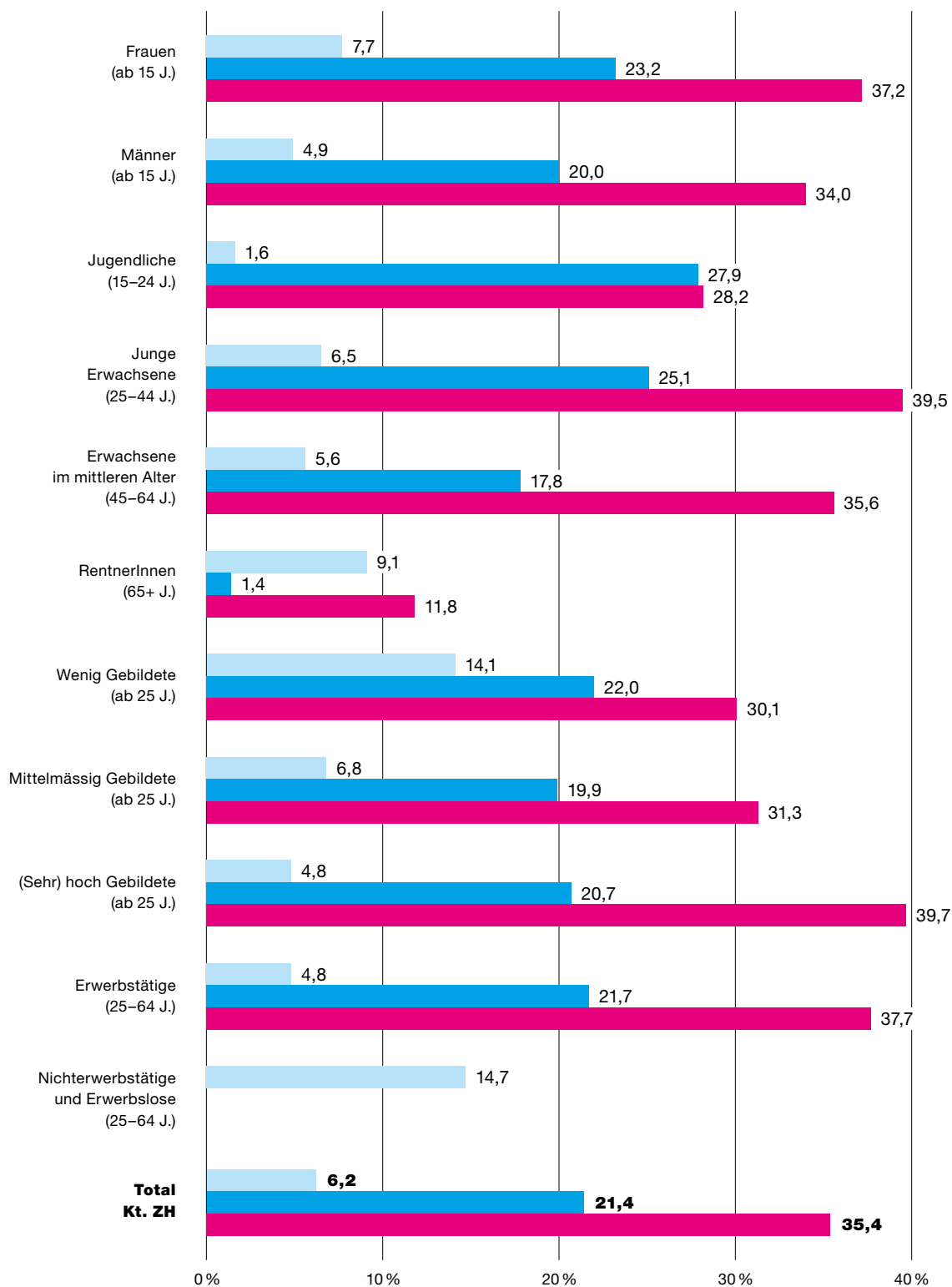
Demgegenüber können – gemessen an der Oslo-Skala<sup>2</sup> – zwischen 32 % und 60 % oder durchschnittlich knapp 47 % der 15-jährigen und älteren Bevölkerung im Kanton Zürich (siehe Abb. 22) und gut 48 % der Gleichaltrigen in der übrigen Deutschschweiz (nicht abgebildet) auf eine vergleichsweise hohe soziale Unterstützung zählen. Und je nach Geschlecht, Alter, Bildung oder Erwerbsstatus verfügen zwischen 27 % und 47 % oder insgesamt knapp 40 % aller Zürcherinnen und Zürcher ab einem Alter von 15 Jahren über eine relativ starke Kontrollüberzeugung (siehe Abb. 22). In der übrigen Deutschschweiz liegt dieser Anteil mit leicht über 40 % (nicht abgebildet) nur unwesentlich höher.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die soziale Isolation mit fortschreitendem Alter tendenziell zu- und mit zunehmender Bildung abnimmt (siehe Abb. 22). Dass sie bei den Zürcher Frauen (8 %) klar höher liegt als bei den Männern (5 %). Und dass sie bei den Nichterwerbstätigen und Erwerbslosen (15 %) gar um das Dreifache höher liegt als bei den Erwerbstätigen (5 %). Was häufigen Arbeitsstress anbelangt, so verhält es sich zumindest bezüglich Alter genau umgekehrt. Dieser nimmt nämlich mit zunehmendem Alter an Häufigkeit stark und stetig ab, ist allerdings auf allen drei Bildungsniveaus ähnlich häufig und bei den Frauen wiederum etwas häufiger als bei den Männern (siehe Abb. 22). Und gelegentliche bis häufige Probleme mit der Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Privatleben haben vor allem und besonders häufig jüngere und daher noch in familiären Pflichten stehende Berufstätige zwischen 25 und 44 Jahren sowie hoch gebildete Personen (siehe Abb. 22). Ausserdem sind diese Risikofaktoren im Kanton Zürich durchwegs weiter verbreitet als in der übrigen Deutschschweiz.

<sup>2</sup> Die sogenannte Oslo-Skala oder genauer die Oslo Social Support Scale (OSSS) misst das Ausmass sozialer Unterstützung und wurde von den norwegischen Psychiatern John Ivar Brevik und Odd Steffen Dalgard an der Universität bzw. am Universitätsspital von Oslo entwickelt und im Jahr 1996 in die Forschungsliteratur eingeführt. Das auch in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung verwendete Messinstrument besteht aus drei Items bzw. Fragen nach der Anzahl enger Freunde bzw. nahestehender Vertrauenspersonen, dem Interesse und der Anteilnahme anderer am eigenen Leben und der Verfügbarkeit von Nachbarschaftshilfe im Bedarfsfall.

## Abbildung 22

Arbeitsbezogene und andere gesundheitliche Risikofaktoren,  
Gesamtbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich



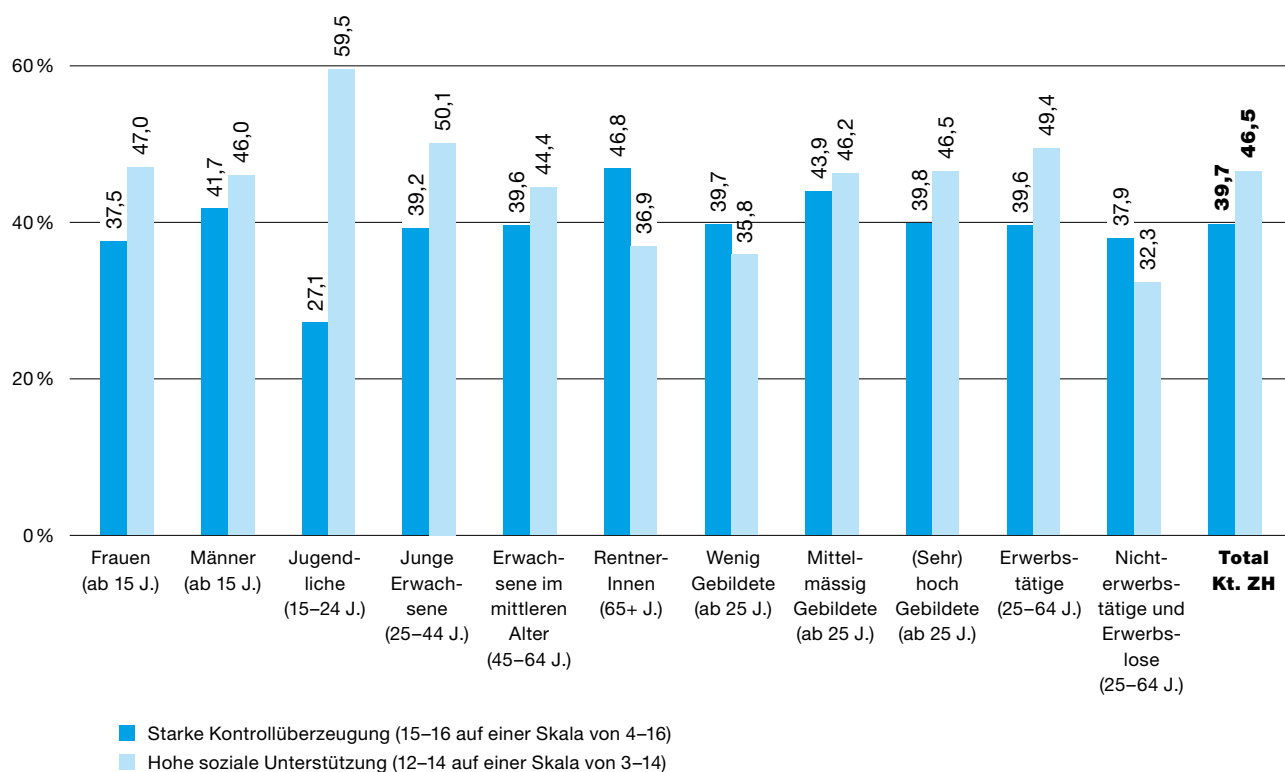
Soziale Isolation (0-2 auf einer Skala von 0-6)

Häufiger Stress bei der Arbeit («meistens» bis «immer»)

Mühe mit der Vereinbarkeit von Arbeit und Familienpflichten («manchmal» bis «immer»)

**Abbildung 23**

Soziale und personale gesundheitliche Schutzfaktoren,  
Gesamtbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich



Bezüglich personaler und sozialer gesundheitlicher Ressourcen wie einer starken Kontrollüberzeugung und hohen sozialen Unterstützung unterscheiden sich die Geschlechter und teilweise auch die Bildungsschichten im Kanton Zürich nur unwesentlich voneinander (siehe Abb. 23). Auffällig ist hingegen der gegenläufige und recht lineare Verlauf von sozialer Unterstützung und Kontrollüberzeugung nach Alter. Mit zunehmendem Alter erhöht sich kontinuierlich die Häufigkeit einer starken Kontrollüberzeugung von 27 % bei den Jugendlichen auf 47 % bei den Rentnerinnen und Rentnern und verringert sich gleichzeitig und stetig der Anteil jener mit einer wahrgenommen hohen sozialen Unterstützung von 60 % auf 37 % (siehe Abb. 23). Jugendliche haben also vergleichsweise viel soziale Unterstützung und wenig Kontrollüberzeugung, wohingegen Rentnerinnen und Rentner zwar weniger soziale Unterstützung erfahren, aber dafür im Zuge ihrer mittlerweile grossen Lebenserfahrung umso mehr Kontrollüberzeugung entwickelt haben. Erwerbstätige verfügen offenbar über mehr gesundheitliche Ressourcen und dabei vor allem über mehr soziale Unterstützung als gleichaltrige Nichterwerbstätige und Erwerbslose (siehe Abb. 23).

**Tabelle 6**

Soziale und personale Belastungen und Ressourcen und ungünstiges Gesundheitsverhalten, Kanton Zürich

	<b>Körperliche Inaktivität<sup>1)</sup></b>			<b>Eher / sehr ungesunder Lebensstil (3–11)</b>			<b>Starkes Übergewicht (Adipositas) (BMI≥30)</b>		
	%	aOR	95 %CI	%	aOR	95 %CI	%	aOR	95 %CI
<b>Mühe mit Vereinbarkeit von Arbeit und Familienpflichten</b>	20,4			23,9			7,7		
Selten bis nie (4–6)	19,8	1		24,8	1		7,8	1	
Manchmal (3)	20,6	<b>1,18</b>	1,16–1,19	21,4	<b>0,88</b>	0,87–0,89	5,6	<b>0,79</b>	0,78–0,81
Meistens bis immer (1–2)	23,9	<b>1,46</b>	1,44–1,49	24,8	1,01	1,00–1,03	12,9	<b>2,05</b>	2,00–2,10
N (Anzahl Betroffene) <sup>2)</sup>	1392 (293)			1344 (314)			1382 (101)		
<b>Stress bei der Arbeit</b>	20,7			23,9			7,7		
Selten bis nie (4–6)	20,8	1		22,4	1		7,9	1	
Manchmal (3)	18,3	<b>1,05</b>	1,03–1,06	20,1	<b>0,85</b>	0,84–0,86	5,7	<b>0,87</b>	0,86–0,89
Meistens bis immer (1–2)	25,5	<b>1,66</b>	1,63–1,68	34,3	<b>1,74</b>	1,72–1,76	11,5	<b>1,95</b>	1,91–2,00
N (Anzahl Betroffene) <sup>2)</sup>	1404 (299)			1356 (317)			1394 (101)		
<b>Soziale Isolation</b>	26,7			23,6			9,4		
Isoliert (0–2)	45,9	<b>2,34</b>	2,31–2,38	37,3	<b>2,47</b>	2,42–2,51	11,2	<b>1,04</b>	1,02–1,07
Teilintegriert (3–4)	32,4	<b>1,66</b>	1,65–1,68	27,1	<b>1,49</b>	1,48–1,51	10,7	<b>1,19</b>	1,18–1,21
Integriert (5–6)	21,6	1		20,3	1		8,6	1	
N (Anzahl Betroffene) <sup>2)</sup>	2029 (555)			1922 (445)			2012 (179)		
<b>Soziale Unterstützung</b>	26,7			23,8			9,4		
Gering (3–8)	44,2	<b>1,63</b>	1,61–1,66	26,0	<b>1,10</b>	1,08–1,12	11,9	1,02	1,00–1,04
Mittelmässig (9–11)	27,6	1		24,7	1		9,2	1	
Hoch (12–14)	22,3	<b>0,81</b>	0,81–0,82	22,6	<b>0,85</b>	0,84–0,86	9,1	<b>1,06</b>	1,04–1,07
N (Anzahl Betroffene) <sup>2)</sup>	1985 (540)			1885 (438)			1967 (175)		
<b>Kontrollüberzeugung</b>	26,6			23,8			9,3		
Schwach (4–11)	35,5	<b>1,73</b>	1,71–1,75	35,7	<b>1,60</b>	1,58–1,61	10,6	<b>1,37</b>	1,35–1,40
Mittelmässig (12–14)	25,8	1		24,0	1		7,8	1	
Stark (15–16)	22,5	<b>0,73</b>	0,73–0,74	17,1	<b>0,62</b>	0,62–0,63	10,1	<b>1,22</b>	1,20–1,23
N (Anzahl Betroffene) <sup>2)</sup>	1998 (540)			1904 (443)			1981 (175)		

Daten: **SGB 2017** (gewichtete Daten); aOR = adjusted Odds Ratio (kontrolliert für Geschlecht, Alter und Bildung), fettgedruckt = sign. ( $p \leq 0,05$ )<sup>1)</sup> NICHT einmal pro Woche schwitzen infolge körperlicher Betätigung<sup>2)</sup> Ungewichtete Fallzahlen

Wie vermutet bestimmen solche sozialen und personalen Belastungen und Ressourcen das individuelle Gesundheitsverhalten, scheinen also tatsächlich die «Ursachen der Ursachen» von Gesundheit oder vielmehr von Gesundheitsproblemen und Krankheit zu sein. Auch wenn die Zusammenhänge nicht immer linear sind, so gilt doch tendenziell, dass Probleme mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Stress bei der Arbeit oder soziale Isolation mit Zunahme der Häufigkeit oder des Schweregrads das relative Risiko für körperliche Inaktivität (Bewegungsarmut) oder generell einen ungesunden Lebensstil und damit auch für schwereres Übergewicht erhöhen (siehe Tab. 6). Das Risiko, körperlich inaktiv und/oder stark übergewichtig zu sein und generell ungesunde Lebensgewohnheiten zu entwickeln und zu haben, ist beispielsweise bei sozial isolierten Zürcherinnen und Zürchern mehr als doppelt so hoch wie beim gut integrierten Teil der Zürcher Bevölkerung.

**Tabelle 7**

Soziale und personale Belastungen und Ressourcen und allgemeine Gesundheit, Kanton Zürich

	<b>Mittelmässige bis (sehr) schlechte Gesundheit (3–5)</b>			<b>Keine gute oder sogar (sehr) schlechte Lebensqualität (3–5)</b>			<b>Arbeitsabsenzen<sup>1)</sup> (mind. 1 Tag letzte 4 Wochen)</b>		
	%	aOR	95 %CI	%	aOR	95 %CI	%	aOR	95 %CI
<b>Mühe mit Vereinbarkeit von Arbeit und Familienpflichten</b>	8,6			4,7			10,7		
Selten bis nie (4–6)	7,6	1		3,2	1		9,1	1	
Manchmal (3)	9,7	<b>1,57</b>	1,54–1,60	6,6	<b>2,13</b>	2,08–2,18	13,3	<b>1,45</b>	1,43–1,47
Meistens bis immer (1–2)	12,1	<b>2,24</b>	2,19–2,29	8,8	<b>2,24</b>	2,17–2,32	14,2	<b>1,61</b>	1,58–1,65
N (Anzahl Betroffene) <sup>2)</sup>	1392 (126)			1391 (65)			1390 (154)		
<b>Stress bei der Arbeit</b>	8,7			4,8			10,8		
Selten bis nie (4–6)	8,2	1		2,1	1		6,5	1	
Manchmal (3)	6,5	<b>1,13</b>	1,11–1,15	4,4	<b>2,98</b>	2,89–3,07	10,4	<b>1,50</b>	1,47–1,53
Meistens bis immer (1–2)	14,2	<b>3,02</b>	2,96–3,08	10,2	<b>6,42</b>	6,22–6,62	18,2	<b>2,71</b>	2,66–2,77
N (Anzahl Betroffene) <sup>2)</sup>	1404 (128)			1403 (68)			1402 (156)		
<b>Soziale Isolation</b>	13,7			6,0			10,4		
Isoliert (0–2)	38,9	<b>5,18</b>	5,08–5,27	28,3	<b>18,1</b>	17,7–18,6	16,1	<b>2,15</b>	2,08–2,21
Teilintegriert (3–4)	17,4	<b>1,99</b>	1,97–2,01	9,3	<b>4,46</b>	4,37–4,55	12,9	<b>1,49</b>	1,47–1,52
Integriert (5–6)	9,1	1		1,9	1		8,7	1	
N (Anzahl Betroffene) <sup>2)</sup>	2028 (290)			2026 (121)			1409 (153)		
<b>Soziale Unterstützung</b>	13,5			6,0			10,7		
Gering (3–8)	32,3	<b>2,25</b>	2,22–2,29	21,4	<b>2,98</b>	2,92–3,04	13,2	<b>1,36</b>	1,33–1,40
Mittelmässig (9–11)	14,1	1		6,2	1		12,3	1	
Hoch (12–14)	9,2	<b>0,68</b>	0,67–0,69	2,6	<b>0,37</b>	0,37–0,38	8,9	<b>0,67</b>	0,66–0,68
N (Anzahl Betroffene) <sup>2)</sup>	1984 (281)			1983 (119)			1390 (155)		
<b>Kontrollüberzeugung</b>	13,5			5,4			10,7		
Schwach (4–11)	26,1	<b>3,27</b>	3,23–3,32	15,2	<b>3,48</b>	3,42–3,55	17,1	<b>1,68</b>	1,65–1,71
Mittelmässig (12–14)	11,8	1		4,1	1		11,0	1	
Stark (15–16)	8,3	<b>0,58</b>	0,57–0,59	1,4	<b>0,31</b>	0,31–0,32	6,7	<b>0,63</b>	0,62–0,64
N (Anzahl Betroffene) <sup>2)</sup>	1997 (280)			1996 (109)			1402 (155)		

Daten: **SGB 2017** (gewichtete Daten); aOR = adjusted Odds Ratio (kontrolliert für Geschlecht, Alter und Bildung), fettgedruckt = sign. ( $p \leq 0,05$ )

1) Abwesenheit bei der Arbeit aus gesundheitlichen Gründen (Anzahl Tage während deren die berufliche Tätigkeit in den letzten vier Wochen nicht ausgeübt werden konnte wegen Krankheit oder Unfall: mind. 1)

2) Ungewichtete Fallzahlen

Auch eine geringe soziale Unterstützung oder schwache Kontrollüberzeugung gehen mit erhöhten Gesundheitsrisiken einher. Entsprechend protektiv wirken sich dafür eine hohe soziale Unterstützung und eine starke Kontrollüberzeugung bezüglich Gesundheitsverhalten aus (siehe Tab. 6). Diese beiden Faktoren haben sich in der Zürcher Wohnbevölkerung also tatsächlich als gesundheitliche Ressourcen erwiesen. Eine starke Kontrollüberzeugung und hohe soziale Unterstützung sind durchwegs mit einem signifikant reduzierten Risiko für Bewegungsmangel und einen ungesunden Lebensstil verknüpft.

Noch stärker als auf das Gesundheitsverhalten wirken sich Vereinbarkeitsprobleme, Arbeitsstress, soziale Isolation, mangelnde soziale Unterstützung oder eine schwache Kontrollüberzeugung jedoch auf die allgemeine Gesundheit aus (siehe Tab. 7). Solche Belastungen und mangelnden Ressourcen erhöhen unabhängig vom Geschlecht, Alter oder der Bildung das Risiko einer mässigen bis schlechten allgemeinen Gesundheit, einer unzureichenden Lebensqualität und von gesundheitsbedingten Arbeitsabsenzen auf bis das 18-Fache. Häufiger Arbeitsstress, soziale Isolation und

eine schwache Kontrollüberzeugung scheinen für die betroffenen Zürcherinnen und Zürcher besonders grosse gesundheitliche Risikofaktoren darzustellen (siehe Tab. 7).

Ähnlich ungünstig wie auf die allgemeine Gesundheit wirken sich besagte Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie Persönlichkeitseigenschaften auf die psychische (psychosomatische) Gesundheit aus. Ausgeprägte Schlafstörungen, ein psychisches Problem und insbesondere eine veritable Depression sind unter sozial isolierten Zürcherinnen und Zürchern um ein Vielfaches häufiger als unter vollständig integrierten (siehe Tab. 8). Gleiches gilt für eine schwache Kontrollüberzeugung, die mit einem im Vergleich zu einer mittelmässigen Kontrollüberzeugung relativ hohen Risiko für ausgeprägte Schlafstörungen, eine psychische Erkrankung oder eine Depression einher geht. Gleichzeitig ist das entsprechende Risiko bei Personen mit einer starken Kontrollüberzeugung nur halb oder ein Drittel so hoch wie bei denjenigen mit einer mittelmässigen Kontrollüberzeugung (siehe Tab. 8). Ganz ähnlich, wenn auch etwas weniger ausgeprägt, sieht es aus bezüglich der zweiten untersuchten Ressource, der sozialen Unterstützung.

**Tabelle 8**

Soziale und personale Belastungen und Ressourcen und psychische bzw. psychosomatische Gesundheit, Kanton Zürich

	<b>Starke Schlafstörungen<sup>1)</sup></b> (in den letzten 4 Wochen)			<b>Psychische Erkrankung<sup>2)</sup></b> (in den letzten 12 Monaten)			<b>Depression</b> (in den letzten 12 Monaten)		
	%	aOR	95 %CI	%	aOR	95 %CI	%	aOR	95 %CI
<b>Mühe mit Vereinbarkeit von Arbeit und Familienpflichten</b>	4,3			6,0			4,9		
Selten bis nie (4–6)	3,0	1		5,8	1		4,3	1	
Manchmal (3)	6,5	<b>2,39</b>	2,34–2,45	7,5	<b>1,22</b>	1,20–1,25	5,6	<b>1,35</b>	0,78–2,34
Meistens bis immer (1–2)	6,6	<b>2,72</b>	2,63–2,80	4,1	<b>0,67</b>	0,65–0,69	6,7	<b>2,47</b>	1,27–4,79
N (Anzahl Betroffene) <sup>2)</sup>	1392 (67)			1392 (86)			1392 (74)		
<b>Stress bei der Arbeit</b>	4,5			6,1			4,9		
Selten bis nie (4–6)	3,6	1		4,5	1		3,2	1	
Manchmal (3)	3,8	<b>1,31</b>	1,27–1,34	6,5	<b>1,36</b>	1,33–1,39	4,3	<b>1,54</b>	0,81–2,95
Meistens bis immer (1–2)	7,5	<b>2,83</b>	2,76–2,91	7,6	<b>1,51</b>	1,48–1,55	9,0	<b>3,73</b>	1,94–7,15
N (Anzahl Betroffene) <sup>2)</sup>	1404 (70)			1404 (87)			1,404 (75)		
<b>Soziale Isolation</b>	6,1			6,3			6,6		
Isoliert (0–2)	19,6	<b>6,12</b>	5,99–6,26	16,0	<b>5,33</b>	5,20–5,45	24,0	<b>11,03</b>	6,47–18,8
Teilintegriert (3–4)	8,6	<b>2,57</b>	2,52–2,61	8,9	<b>2,42</b>	2,38–2,46	10,3	<b>3,41</b>	2,24–5,18
Integriert (5–6)	3,3	1		3,9	1		2,7	1	
N (Anzahl Betroffene) <sup>2)</sup>	2029 (133)			2029 (130)			2029 (134)		
<b>Soziale Unterstützung</b>	6,2			6,5			6,5		
Gering (3–8)	15,0	<b>2,49</b>	2,44–2,54	11,0	<b>2,00</b>	1,96–2,04	16,7	<b>2,67</b>	2,62–2,73
Mittelmässig (9–11)	6,2	1		7,3	1		6,7	1	
Hoch (12–14)	4,4	<b>0,71</b>	0,70–0,72	4,8	<b>0,60</b>	0,59–0,61	4,2	<b>0,61</b>	0,60–0,63
N (Anzahl Betroffene) <sup>2)</sup>	1984 (131)			1985 (130)			1985 (132)		
<b>Kontrollüberzeugung</b>	6,0			6,2			6,5		
Schwach (4–11)	15,0	<b>3,88</b>	3,81–3,95	15,4	<b>3,22</b>	3,16–3,27	16,4	<b>3,34</b>	3,29–3,40
Mittelmässig (12–14)	4,7	1		5,5	1		5,5	1	
Stark (15–16)	2,5	<b>0,51</b>	0,50–0,52	1,9	<b>0,35</b>	0,34–0,36	2,2	<b>0,34</b>	0,34–0,35
N (Anzahl Betroffene) <sup>2)</sup>	1997 (129)			1998 (126)			1998 (132)		

Daten: **SGB 2017** (gewichtete Daten); aOR = adjusted Odds Ratio (kontrolliert für Geschlecht, Alter und Bildung), fettgedruckt = sign. ( $p \leq 0,05$ )

<sup>1)</sup> Starke Einschlaf- oder Durchschlafstörungen gehabt

<sup>2)</sup> Wegen psychischem Problem in (ärztlicher oder psychotherapeutischer) Behandlung gewesen

<sup>3)</sup> Ungewichtete Fallzahlen



Was hier zudem und wie schon bei der allgemeinen Gesundheit auffällt, ist der durchwegs klare Dosis-Wirkungs-Zusammenhang: Je mehr Mühe mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, je mehr Stress bei der Arbeit, je ausgeprägter der Grad der sozialen Isolation, je geringer die soziale Unterstützung und je schwächer die Kontrollüberzeugung, desto höher ist das psychische Krankheitsrisiko und die Wahrscheinlichkeit einer entsprechenden Gesundheitsproblematik (siehe Tab. 8). Die starken Effekte (Odds Ratios) sowie der relativ lineare Verlauf und klare Gradient nach Ausprägungsgrad der Belastung bzw. der Ressource sind zwar noch kein Beweis, aber immerhin ein starkes Indiz für einen Kausalzusammenhang.

### 5.1.1 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann man festhalten, dass die untersuchten sozialen und personalen Stressoren (Belastungsfaktoren) und Ressourcen (Schutzfaktoren) teilweise sehr ungleich verteilt sind in der Zürcher Wohnbevölkerung und erwartungsgemäss das Gesundheitsverhalten und den allgemeinen wie psychischen Gesundheitszustand der Zürcherinnen und Zürcher massgeblich beeinflussen. Solche Lebens- und Arbeitsbedingungen üben also direkt wie indirekt einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit aus und scheinen diesbezüglich ähnlich bedeutsam zu sein wie das Gesundheitsverhalten und der gesundheitsrelevante Lebensstil.

Als klare und deutliche gesundheitliche Risikofaktoren herausgestellt haben sich konkret Probleme mit der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, häufiger Stress bei der Arbeit sowie mangelnde soziale Integration oder sogar Isolation. Solche Belastungen gehen mit einem mehrfach bis über zehnfach erhöhten Gesundheitsrisiko der Betroffenen einher im Vergleich mit denjenigen, die nicht mit diesen Herausforderungen klarkommen müssen. Auch das relative Risiko für ein ungünstiges Gesundheitsverhalten ist unter solch schwierigen Lebensbedingungen bzw. erheblichen Belastungen signifikant erhöht. Als positiv oder vielmehr protektiv im Hinblick auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten haben sich demgegenüber eine hohe soziale Unterstützung aus dem persönlichen Umfeld sowie eine starke persönliche Kontrollüberzeugung erwiesen. Je nach Indikator und Gesundheitsaspekt ist das relative Risiko für einen ungesunden Lebensstil oder gesundheitliche Probleme derjenigen Zürcherinnen und Zürcher, die auf ein vergleichsweise hohes Mass an Unterstützung und eine starke Kontrollüberzeugung zählen können, mitunter deutlich und bis zu dreimal geringer als bei denjenigen, die lediglich eine mittelmässige soziale Unterstützung und moderate Kontrollüberzeugung aufweisen.

### 5.2 Gesundheit und Gesundheitsverhalten in zwei ausgewählten Lebenswelten

Eine eigene und dabei andere Lebenswelt bedeutet mitunter auch ein Leben auf dem Lande oder in der Fremde. Ein Leben auf dem Lande war und ist womöglich noch immer mit einem anderen Mobilitätsverhalten verbunden und mit vermehrter körperlicher Aktivität oder mit verstärkter sozialer Kontrolle und geringerer sozialer Isolation als ein Leben in der Stadt. Genauso «anders» dürfte ein Leben in der «Fremde» sein. Dabei braucht es nicht zwingend eine eigene Migrationserfahrung als Einwanderer, Flüchtling oder sogenannter Gastarbeiter, um sich fremd und anders zu fühlen oder zu verhalten. Allein schon eine ausländische Herkunft, eine fremde Staatsbürgerschaft, eine andere Religion oder Hautfarbe oder eine andere Familienkultur, also ein Migrationshintergrund, kann auch bei Angehörigen der zweiten oder dritten Ausländergeneration trotz Geburt und Sozialisation im «Gastland» eine andere Lebenswelt darstellen, die ganz andere Lebensbedingungen und ein anderes Gesundheitsverhalten oder einen anderen Lebensstil zur Folge hat.

Um den Migrationskontext zu erfassen, stehen in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung u.a. zwei Indikatoren zur Verfügung: die Nationalität sowie unabhängig davon der Migrationshintergrund bzw. die Zugehörigkeit zur ersten oder zweiten Ausländergeneration. Gemessen an diesen beiden Indikatoren zählen 61 % der 15-jährigen und älteren Wohnbevölkerung des Kantons Zürich zu den gebürtigen Schweizerinnen und Schweizern. Weitere 13 % sind eingebürgerte Schweizerinnen und Schweizer (mit und ohne doppelte Staatsbürgerschaft). Die restlichen 26 % zählen zur ausländischen Wohnbevölkerung. Rund 60 % der 15-jährigen und älteren Zürcher Bevölkerung weist keinen Migrationshintergrund auf. Von den verbleibenden 40 % mit Migrationshintergrund gehören 32 % zur ersten Ausländergeneration und 8 % zur zweiten oder dritten.

Zur Feststellung der Stadt/Land-Differenz stehen in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung wiederum zwei Messgrössen zur Auswahl, die Einwohnerzahl bzw. Populationsgrösse der Wohngemeinde und eine nachträglich konstruierte, aus einer Gemeindetypologie mit neun Kategorien abgeleitete Stadt/Land-Typologie. Bei der letzteren wird lediglich zwischen Stadt und Land unterschieden, wobei neben Städten auch Agglomerationen und periurbane Gemeinden zur «Stadt» gezählt werden und lediglich periurbane Gemeinden geringer Dichte sowie ländliche Zentrumsgemeinden und zentral gelegene oder periphere ländliche Gemeinden dem «Land» zugeordnet sind. In der gesamten Schweiz umfasst dieses so definierte ländliche Gebiet gemäss den gewichteten

und extrapolierten Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 über 26 % der Bevölkerung, im urbanen Kanton Zürich lediglich knapp 5 % der Bevölkerung. Mit anderen Worten: Über 95 % der Bevölkerung des Kantons Zürich lebt in städtischen Gebieten oder in sogenannt periurbanen Gemeinden unweit von Agglomerationen oder Städten.

Bezüglich demografischer Merkmale unterscheiden sich die Subpopulationen bzw. Untergruppen der jeweiligen Lebenswelten teilweise stark voneinander (siehe Tab. 9 und 10). So ist die ausländische Wohnbevölkerung beispielsweise deutlich jünger, häufiger erwerbstätig, aber auch häufiger arbeitslos, dafür seltener nichterwerbstätig als die inländische Bevölkerung und insbesondere die einheimische Population, also die gebürtigen Schweizerinnen und Schweizer (siehe Tab. 9). Zudem weisen die Ausländerinnen und Ausländer deutlich höhere Anteile sowohl an wenig Gebildeten (25 %) als auch an sehr hoch Gebildeten (35 %) auf im Vergleich mit den gebürtigen wie auch eingebürgerten Schweizerinnen und Schweizern (14–17 % bzw. 28–31 %). Diese aufgehende Bildungsschere ist ein typisches Phänomen und widerspiegelt die unterschiedlichen Einwanderungswellen und Einwanderergruppen von gering qualifizierten Gastarbeitern aus Italien oder Portugal etwa in der Bau- oder Reinigungsbranche einerseits und hochqualifizierten Spezialisten etwa im Bildungs- oder Gesundheitswesen und in akademischen Berufen und Führungsfunktionen etwa aus Deutschland oder Frankreich.

**Tabelle 9**

Soziodemografische Merkmale nach Nationalität und Migrationshintergrund, Kanton Zürich

	Nationalität			Migrationshintergrund			Total Kt. ZH
	Schweiz gebürtig	Schweiz eingebürgert	Ausland	Ohne	1. Generation	2./3. Generation	
Anteil an Zürcher Wohnbevölkerung (15+ Jahre)	61,0 %	13,0 %	26,0 %	59,9 %	32,0 %	8,1 %	100 %
<b>Geschlecht</b>							
Mann	52,2 %	37,7 %	54,4 %	52,1 %	47,9 %	54,0 %	50,8 %
Frau	47,8 %	62,3 %	45,6 %	47,9 %	52,1 %	46,0 %	49,2 %
<b>Alter</b>							
15–24 Jahre	12,2 %	8,1 %	7,1 %	11,2 %	3,8 %	29,9 %	10,4 %
25–44 Jahre	29,2 %	32,1 %	51,6 %	29,1 %	47,0 %	36,3 %	35,4 %
45–64 Jahre	31,1 %	41,5 %	32,1 %	31,9 %	34,4 %	31,6 %	32,6 %
65–84 Jahre	27,5 %	18,3 %	9,2 %	27,7 %	14,8 %	2,1 %	21,6 %
<b>Bildungsniveau</b>							
Gering (1–7)	13,9 %	17,3 %	24,9 %	13,1 %	23,6 %	22,6 %	17,3 %
Mittel (8–10)	36,3 %	29,7 %	23,3 %	36,7 %	21,7 %	36,7 %	32,0 %
Hoch (11–16)	22,2 %	21,9 %	17,2 %	22,5 %	17,8 %	21,4 %	20,8 %
Sehr hoch (17–20)	27,6 %	31,1 %	34,5 %	27,7 %	36,8 %	19,2 %	29,9 %
<b>Nationalität</b>							
Schweizerische	100 %	100 %	–	99,9 %	26,5 %	70,4 %	74,1 %
Ausländische	–	–	100 %	0,1 %	73,5 %	29,6 %	25,9 %
<b>Zivilstand</b>							
Ledig / unverheiratet	38,6 %	25,2 %	33,7 %	37,9 %	27,1 %	53,4 %	35,7 %
Verheiratet	46,3 %	56,2 %	54,8 %	46,8 %	58,9 %	34,8 %	49,7 %
Geschieden	8,9 %	12,0 %	10,2 %	9,1 %	10,5 %	10,5 %	9,6 %
Verwitwet	6,2 %	6,6 %	1,3 %	6,2 %	3,5 %	1,3 %	5,0 %
<b>Erwerbsstatus</b>							
Erwerbstätig	68,2 %	71,8 %	77,8 %	68,0 %	74,1 %	83,2 %	71,0 %
Nichterwerbstätig	30,2 %	25,9 %	17,4 %	30,5 %	21,9 %	12,1 %	26,4 %
Arbeitslos	1,6 %	2,3 %	4,8 %	1,6 %	3,9 %	4,6 %	2,6 %

Datenquelle: **SGB 2017** (gewichtete Daten)

Auch Stadt und Land oder kleinere und grössere Gemeinden unterscheiden sich mitunter erheblich bezüglich soziodemografischer Merkmale (siehe Tab. 10). Die Landbevölkerung im überwiegend urbanen Kanton Zürich ist etwas jünger, deutlich weniger gebildet und weist einen geringeren Ausländeranteil und höheren Erwerbsgrad auf als die Bevölkerung in den Zürcher Städten und Agglomerationen. Mit zunehmender Gemeindegrösse steigt der Frauenanteil leicht an und verringert sich kontinuierlich der Anteil der Jugend(lichen). Der Anteil an hoch Gebildeten nimmt gar von 46 % in den Dörfern (Gemeinden mit weniger als 10 000 Einwohnern) auf 59 % in den grösseren Städten (Gemeinden mit mindestens 50 000 Einwohnern) zu und der Ausländeranteil von 19 % auf 31 %.

Diese nach sozialen Merkmalen unterschiedliche Zusammensetzung der jeweiligen Subpopulationen ist wichtig im Hinblick auf deren Vergleichbarkeit bezüglich Gesundheit und Gesundheitsverhalten.

**Tabelle 10**

Soziodemografische Merkmale nach Stadt/Land und Gemeindegrösse, Kanton Zürich

	Urbanisierungsgrad		Gemeindegrösse			Total Kt. ZH
	Städtisch	Ländlich	< 10 000 Einwohner	10 000–50 000 Einwohner	≥ 50 000 Einwohner	
Anteil an Zürcher Wohnbevölkerung (15+ Jahre)	95,3 %	4,7 %	32,7 %	31,1 %	36,1 %	100 %
<b>Geschlecht</b>						
Mann	50,7 %	53,1 %	52,0 %	50,7 %	49,8 %	50,8 %
Frau	49,3 %	46,9 %	48,0 %	49,3 %	50,2 %	49,2 %
<b>Alter</b>						
15–24 Jahre	10,0 %	18,0 %	13,2 %	10,7 %	7,6 %	10,4 %
25–44 Jahre	35,9 %	27,2 %	29,9 %	31,3 %	44,0 %	35,4 %
45–64 Jahre	32,5 %	35,4 %	34,9 %	32,5 %	30,7 %	32,6 %
65–84 Jahre	21,7 %	19,5 %	22,0 %	25,5 %	17,8 %	21,6 %
<b>Bildungsniveau</b>						
Gering (1–7)	16,8 %	26,9 %	17,3 %	18,9 %	15,6 %	17,3 %
Mittel (8–10)	31,7 %	39,7 %	36,5 %	35,5 %	25,1 %	32,0 %
Hoch (11–16)	21,2 %	12,1 %	22,7 %	21,3 %	18,6 %	20,8 %
Sehr hoch (17–20)	30,3 %	21,4 %	23,3 %	24,3 %	40,7 %	29,9 %
<b>Nationalität</b>						
Schweizerische	73,9 %	77,4 %	81,2 %	72,1 %	69,4 %	74,1 %
Ausländische	26,1 %	22,6 %	18,8 %	27,9 %	30,6 %	25,9 %
<b>Zivilstand</b>						
Ledig / unverheiratet	35,6 %	37,8 %	32,0 %	32,5 %	41,9 %	35,7 %
Verheiratet	49,6 %	52,6 %	55,9 %	51,4 %	42,6 %	49,7 %
Geschieden	9,8 %	5,6 %	7,9 %	10,3 %	10,5 %	9,6 %
Verwitwet	5,0 %	4,0 %	4,2 %	5,8 %	5,0 %	5,0 %
<b>Erwerbsstatus</b>						
Erwerbstätig	70,7 %	78,2 %	72,4 %	65,9 %	74,3 %	71,0 %
Nichterwerbstätig	26,6 %	21,8 %	25,1 %	31,7 %	23,0 %	26,4 %
Arbeitslos	2,7 %	0 %	2,5 %	2,4 %	2,7 %	2,6 %

Datenquelle: **SGB 2017** (gewichtete Daten)

Bezüglich selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheit sowie chronischer Krankheit und psychischer Gesundheit schneiden die unterschiedlichen Gruppen auch unterschiedlich ab. Ausländerinnen und Ausländer sowie eingebürgerte Schweizerinnen und Schweizer sind signifikant häufiger bei nur mässiger bis schlechter Gesundheit als gebürtige SchweizerInnen (siehe Abb. 24). Auch sind sie häufiger psychisch mittelmässig bis stark belastet, nämlich in mindestens 46 % der Fälle, wohingegen es bei den gebürtigen Schweizerinnen und Schweizern lediglich knapp 33 % sind (siehe Abb. 24). Zudem zeigen sie häufiger eine milde, mittelschwere oder sogar schwere depressive Symptomatik als gebürtige Schweizerinnen und Schweizer (31 %), nämlich in 36 % (AusländerInnen) bzw. knapp 40 % (Eingebürgerte) der Fälle. Einzig bei den chronischen Krankheiten schneiden die Ausländerinnen und Ausländer, nicht jedoch die Eingebürgerten besser ab als die gebürtigen Schweizerinnen und Schweizer. So haben sie deutlich seltener als die Einheimischen und auch als die Eingebürgerten ein chronisches Gesundheitsproblem (27 % vs. 35 % bzw. 36 %) oder weisen weniger häufig einzelne oder mehrere chronische Krankheiten (41 % vs. 45 % bzw. 54 %) auf (siehe Abb. 24). Dies dürfte jedoch hauptsächlich auf ihr geringeres Durchschnittsalter zurückzuführen sein.

Die Stadt-Land-Unterschiede im Kanton Zürich sind insgesamt weniger ausgeprägt als die Unterschiede zwischen In- und Ausländern. Das überrascht in einem urbanen Kanton wie dem Kanton Zürich wenig, wo nur noch wenige auf dem «Land» leben. Dies obschon gemäss Schweizerischer Gesundheitsbefragung von 2017 immerhin knapp ein Drittel der Zürcher Wohnbevölkerung in relativ kleinen Gemeinden mit weniger als 10000 Einwohnern ansässig ist.

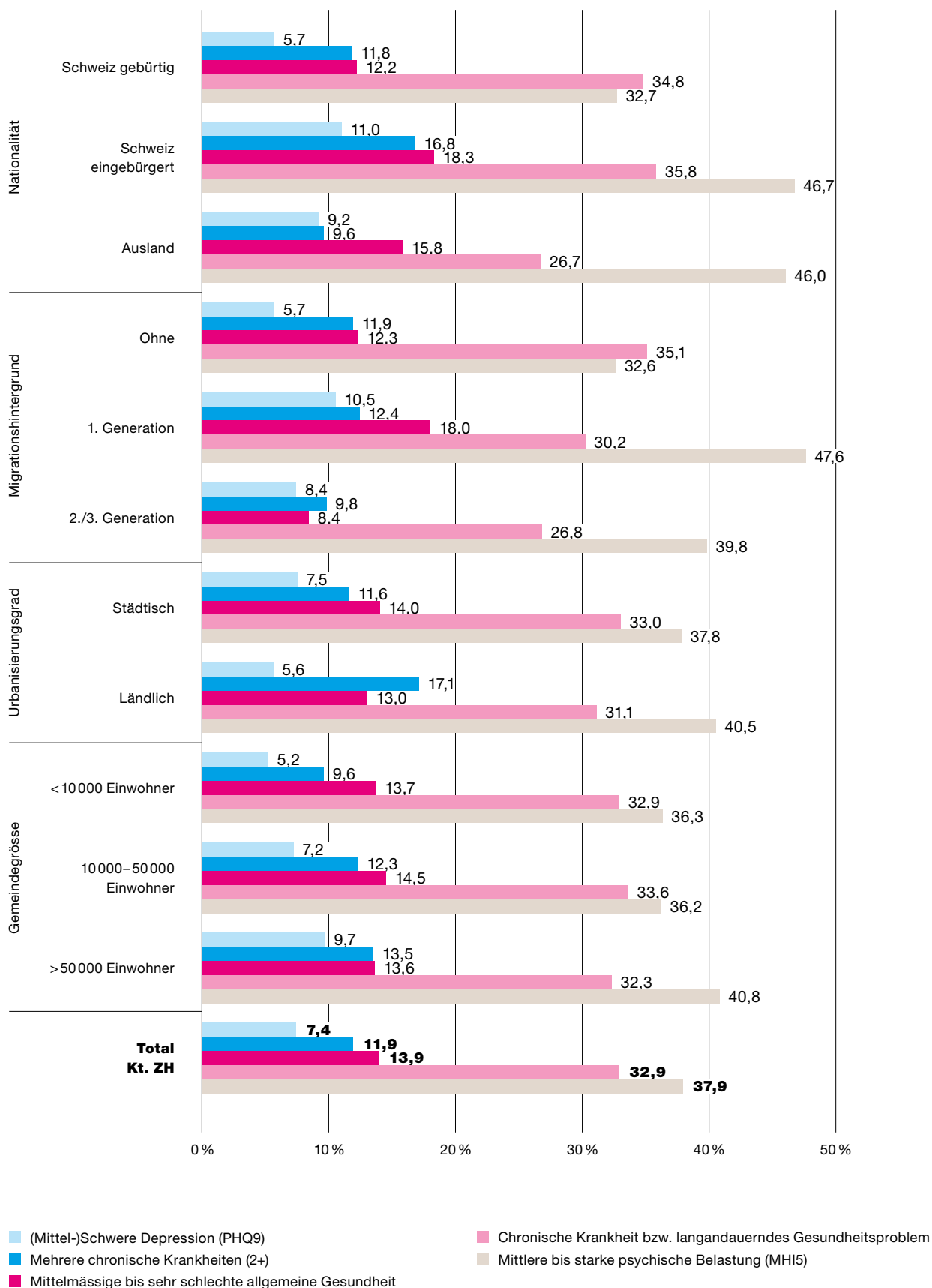
Gewisse Stadt/Land-Unterschiede zeigen sich im Kanton Zürich allerdings schon. Kumulierte chronische Krankheiten scheinen in wirklich ländlichen Gebieten des Kantons etwas häufiger zu sein als in städtischen und (mittel-)schwere Depressionen umgekehrt etwas seltener (siehe Abb. 24). Dies bestätigt sich allerdings nur teilweise auch anhand der Gemeindegrösse. Je grösser diese ist, desto mehr häufen sich nämlich nicht nur (mittel-)schwere depressive Symptome, sondern erwartungsgemäss eben auch kumulierte chronische Krankheiten (siehe Abb. 24). Dies dürfte hauptsächlich Ausdruck der unterschiedlichen Altersstruktur von städtischen im Vergleich zu ländlichen Regionen sein, scheint aber etwas in Widerspruch zur relativ hohen Prävalenz multipler chronischer Krankheiten bei der «Landbevölkerung» zu stehen, welche womöglich wiederum auf die «Überalterung» peripherer ländlicher Gegenden im Zuge der fortschreitenden Urbanisierung und Abwanderung jüngerer Leute und Familien in Agglomerationen und Städte zurückzuführen ist.

Bezüglich Gesundheitsverhalten, Lebensstil und Body-Mass-Index nach Migrationskontext und Stadt/Land-Differenz ähnelt sich das Muster wiederum (siehe Abb. 25). Das Gesundheitsverhalten und der gesundheitsbezogene Lebensstil sind tendenziell ungünstiger und Übergewicht häufiger bei den ausländischen Bürgerinnen und Bürgern und bei Eingebürgerten im Vergleich mit den Einheimischen, also den gebürtigen Schweizerinnen und Schweizern im Kanton Zürich. Bezüglich Stadt/Land-Differenz und Gemeindegrösse fällt auf, dass die Land- bzw. Dorfbewohner im Kanton Zürich im Vergleich zu den Städtern und den Bewohnern von Agglomerationen zwar weniger häufig ungenügend aktiv oder gänzlich inaktiv sind, dafür aber häufiger Tabak konsumieren bzw. vermehrt Zigaretten rauchen (siehe Abb. 25). Ansonsten gibt es diesbezüglich kaum nennenswerte Unterschiede.

Was die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen anbelangt (nicht abgebildet), gibt es ebenfalls nur unwesentliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich (SchweizerInnen vs. AusländerInnen, mit vs. ohne Migrationshintergrund, Städter vs. Landbewohner, kleine vs. mittelgrosse und grosse Gemeinden). Eingebürgerte Schweizerinnen und Schweizer verzeichnen insgesamt etwas häufigere Arztbesuche und sind auch häufiger wegen einem psychischen Problem in Behandlung als die gebürtigen Schweizerinnen und Schweizer. Auf dem Land scheinen sowohl keine als auch häufige Arztbesuche (sechs und mehr Konsultationen pro Jahr) etwas verbreiteter zu sein als in der Stadt oder Agglomeration. Darüber hinaus gibt es kaum Unterschiede nach Nationalität, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad und Gemeindegrösse.

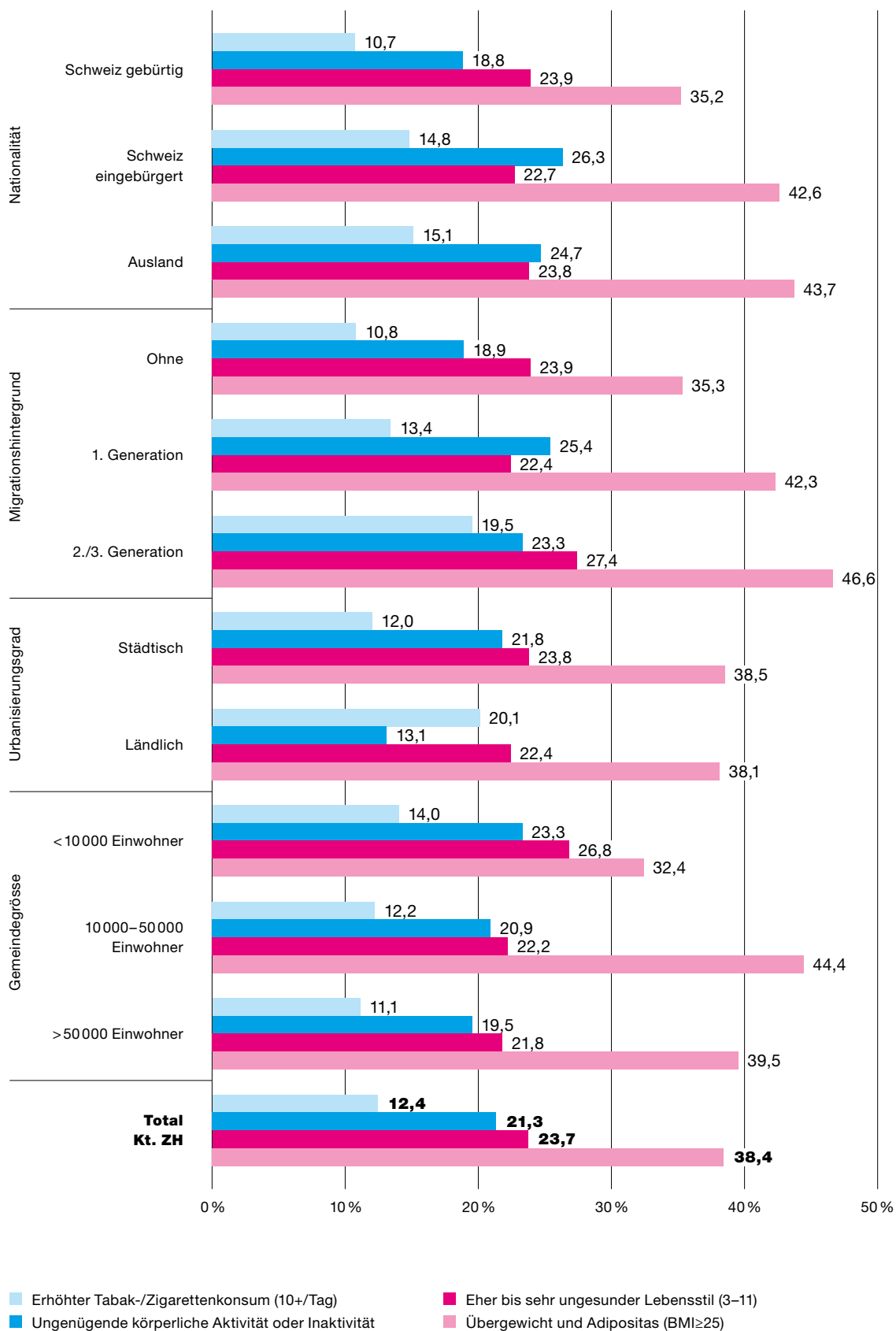
## Abbildung 24

Allgemeine und psychische Gesundheit und (chronische) Krankheit im Migrationskontext und nach Stadt-Land-Zugehörigkeit, Gesamtbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich



## Abbildung 25

Gesundheitsverhalten, Lebensstil und Body-Mass-Index im Migrationskontext und nach Stadt-Land-Zugehörigkeit, Gesamtbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich



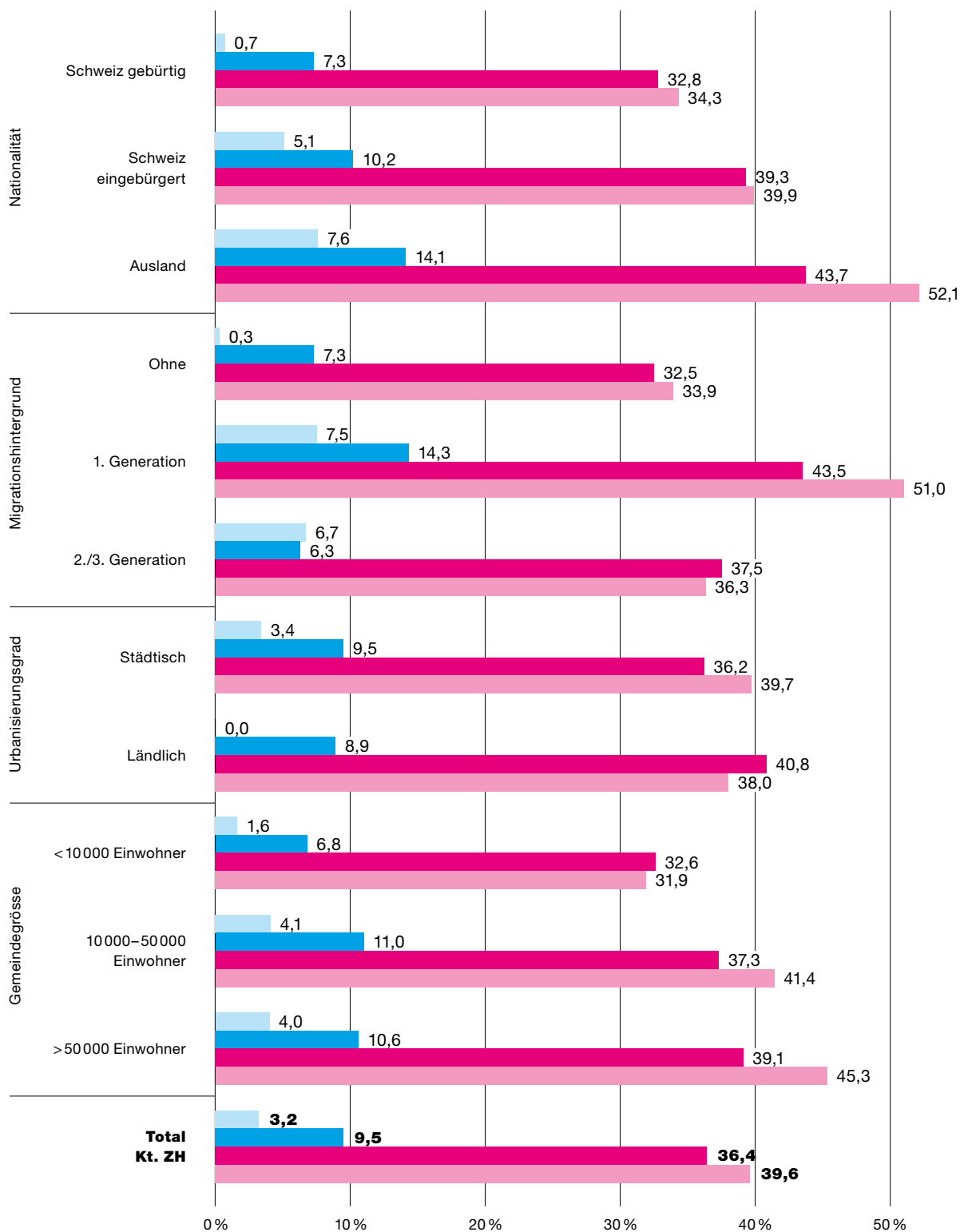
Im Hinblick auf die soziale Gesundheit oder vielmehr auf soziale Ressourcen der Gesundheit wie soziale Benachteiligung, soziale Unterstützung, soziale Isolation und Einsamkeitsgefühle sind einmal mehr ausländische Staatsangehörige sowie Einwanderer der ersten Generation im Nachteil (siehe Abb. 26). Gebürtige Schweizerinnen und Schweizer und überhaupt im Kanton Zürich ansässige Personen ohne Migrationshintergrund sind hiervon weniger oder vielmehr seltener betroffen. Eingebürgerte liegen hier irgendwo zwischen den Einheimischen und Ausländern. Einwohner kleinerer Gemeinden im Kanton Zürich sind insgesamt ebenfalls weniger von sozialer Benachteiligung und Diskriminierung, mangelnder sozialer Unterstützung oder sozialer Isolation betroffen (siehe Abb. 26), was auf den traditionell höheren Ausländeranteil in Städten zurückzuführen sein mag. Nicht so hingegen die relativ wenigen Einwohner wirklich ländlicher Regionen im Kanton Zürich, die diesbezüglich keinen Vorteil gegenüber urbaneren Regionen zu haben scheinen (siehe Abb. 26). Dies wiederum könnte allerdings mit deren geringer Fallzahl an Befragungsteilnehmenden innerhalb der Zürcher Stichprobe zu tun haben, wodurch wiederum die Aussagekraft der Daten und die Gültigkeit dieses Befunds eingeschränkt ist.

Abschliessend muss im Zusammenhang mit den hier dargestellten, unterschiedlichen Lebenswelten entlang der Inländer/Ausländer-Differenz und der Stadt/Land-Differenz Folgendes angemerkt werden: Natürlich ist die ausländische Wohnbevölkerung als Ganzes keineswegs eine homogene Gruppe. Deshalb muss in der Regel zumindest nach Nationalität und möglichst auch nach sozialer Herkunft bzw. Schichtzugehörigkeit (Bildungsschicht) differenziert werden und darf nicht pauschal von den Ausländern die Rede sein. Dennoch offenbart sich hier eine Tendenz, wonach sich ein Migrationskontext oder -hintergrund eher ungünstig auf das Gesundheitsverhalten und damit potenziell auch auf die Gesundheit auswirkt.

Gleiches gilt natürlich auch für die Stadt- und die Landbewohner, wie auch immer man diese definiert und voneinander abgrenzt. Auch hier handelt es sich nämlich jeweils um sehr heterogene Bevölkerungssegmente, in denen sich die Individuen in ihrer Gesundheit und ihrem Gesundheitsverhalten auch untereinander stark unterscheiden, bei denen sich aber ebenfalls jeweils übergeordnete Gemeinsamkeiten in den Lebensbedingungen und in der Lebensführung beobachten lassen, die eine Differenzierung und Kategorisierung in zwei unterschiedliche Lebenswelten (Stadt vs. Land) rechtfertigen.

## Abbildung 26

Gesundheitliche Risikofaktoren im Migrationskontext und nach Stadt-Land-Zugehörigkeit, Gesamtbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich



Benachteiligung am Arbeitsplatz wegen Nationalität, ethnischer Zugehörigkeit oder Hautfarbe  
Geringe soziale Unterstützung (3–8)

Einsamkeitsgefühle (manchmal bis sehr häufig)  
Sozial nur teilweise integriert oder isoliert (0–4)



### **5.2.1 Zusammenfassung**

Zusammenfassend kann man festhalten, dass die ausländische Wohnbevölkerung im Kanton Zürich tendenziell eine leicht schlechtere allgemeine und psychische Gesundheit aufweist und ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten zeigt als die einheimische Bevölkerung. Teilweise noch schlechter als die Ausländerinnen und Ausländer schneiden diesbezüglich allerdings die Eingebürgerten ab, also ehemalige Ausländerinnen und Ausländer. Ein Migrationshintergrund scheint also mit einem gesundheitlichen Nachteil verbunden zu sein.

Was die Stadt/Land-Differenz im Kanton Zürich anbelangt im Hinblick auf gesundheitliche Belange, so ist diese zunächst kleiner als vermutet. Auf dem Land lebt es sich im Kanton Zürich nicht wirklich gesünder als in der Stadt oder Agglomeration. Zwar bewegen sich die in ländlichen Gegenden wohnenden Zürcherinnen und Zürcher durchschnittlich etwas mehr, allerdings rauchen sie auch häufiger. Auch bezüglich Gesundheit zeigt sich kein einheitliches Bild. In ländlichen Gegenden werden mehr multiple chronische Krankheiten verzeichnet, aber gleichzeitig seltener (mittel-)schwere Depressionen.

Im Hinblick auf gewisse gesundheitsrelevante Lebens- und Arbeitsbedingungen zeigen sich schon deutlichere Unterschiede zwischen der ausländischen und einheimischen Bevölkerung des Kantons Zürich. So berichten Ausländerinnen und Ausländer, aber auch eingebürgerte Schweizerinnen und Schweizer häufiger (8 % bzw. 5 %) von Benachteiligungen bei der Arbeit wegen ihrer Nationalität, ethnischen Zugehörigkeit oder Hautfarbe als gebürtige Schweizerinnen und Schweizer (1 %). Auch wird die ausländische Wohnbevölkerung des Kantons Zürich im Vergleich zu den Einheimischen klar weniger häufig sozial stark unterstützt (38 % vs. 50 %), ist häufiger nicht vollständig sozial integriert oder sogar isoliert (52 % vs. 34 %), und fühlt sich häufiger wenigstens gelegentlich einsam (44 % vs. 33 %). Die Eingebürgerten bewegen sich jeweils irgendwo dazwischen.

In ländlichen Regionen und kleineren, dörflichen Gemeinden des Kantons Zürich scheint die soziale Unterstützung etwas grösser zu sein und Benachteiligungen etwas seltener vorzukommen als in (vor-)städtischen Gebieten und Agglomerationen. Auch ist der Anteil an sozial isolierten oder nur teilweise integrierten Zürcherinnen und Zürcher etwas kleiner, dafür aber derjenige an Personen mit Einsamkeitsgefühlen überraschenderweise sogar etwas grösser.

# **6.0 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen**

**6.1 Arztkonsultationen und Spitalbehandlungen**

**6.2 Vorsorgeuntersuchungen**

**6.3 Zusammenfassung**

# Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, etwa Arztkonsultationen, Vorsorgeuntersuchungen oder Spitalbehandlungen oder die Einnahme von ärztlich verordneten oder auch nicht rezeptpflichtigen Medikamenten, ist ein weiterer Indikator für die Gesundheit oder vielmehr für Gesundheitsprobleme und Krankheit, aber im Falle von Vorsorge- oder Routineuntersuchungen sowie Medikamenten eben auch Ausdruck des individuellen Gesundheitsverhaltens, der persönlichen Risikowahrnehmung und Konsumorientierung oder der national wie regional unterschiedlichen ärztlichen «Verschreibungskultur».

## 6.1 Arztkonsultationen und Spitalbehandlungen

Zürcherinnen und Zürcher sind im Vergleich mit den DeutschschweizerInnen zwar etwas häufiger wegen einem psychischen Problem in Behandlung (6,3 % vs. 5,6 %), nehmen aber nach eigenen Angaben etwas weniger häufig nicht-psycho trope Medikamente zu sich (39 % vs. 41 %) oder mehrere Arztkonsultationen pro Jahr in Anspruch (36 % vs. 38 %) und sind im selben Zeitraum auch etwas seltener im Spital (11 vs. 12 %). Diese regionalen Unterschiede (nicht abgebildet) sind allerdings geringfügig und kaum der Rede wert.

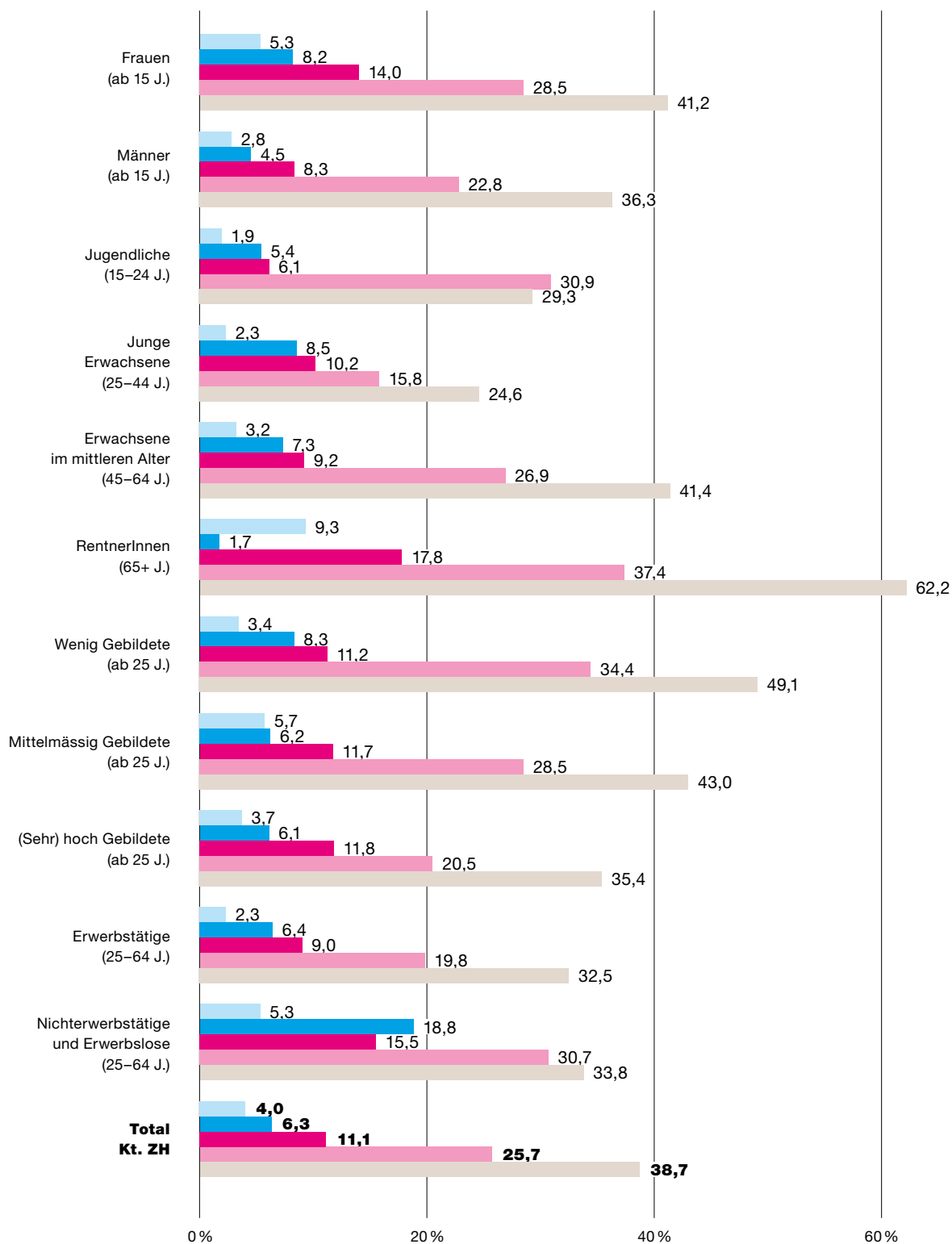
Deutlicher sind dafür die Unterschiede innerhalb der Zürcher Wohnbevölkerung nach sozialen und demografischen Merkmalen. So nehmen etwa Frauen und Rentnerinnen und Rentner sowie Nichterwerbstätige und Erwerbslose nicht ganz unerwartet überdurchschnittlich viele Gesundheitsleistungen in Anspruch (siehe Abb. 27). Die Gründe dafür liegen zumindest bei den älteren Personen auf der Hand, nehmen doch (physische) Krankheiten und (körperliche) Beschwerden mit dem Alter in der Regel zu. Bei den Nichterwerbstätigen und Arbeitslosen mag es mit der Erwerbssituation bzw. der belastenden Arbeitslosigkeit zu tun haben oder auch damit, dass gesundheitlich angeschlagene Personen nicht selten genau aus diesen gesundheitlichen Gründen nichterwerbstätig oder arbeitslos sind. Die höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei Frauen etwa bei den Arztkonsultationen, Medikamenten oder Spitalaufenthalten ist typisch und scheint ebenfalls naheliegend, ist aber nicht allein auf gynäkologische (Vorsorge- bzw. Routine-)Untersuchungen zurückzuführen oder mit Schwangerschaft bzw. Schwangerschaftsvorsorge und -verhütung zu erklären und wohl auch nicht Resultat einer tatsächlich schlechteren Gesundheit im Vergleich zu Männern. Vielmehr und nicht zuletzt dürfte sie Ausdruck grösserer weiblicher Offenheit bei Fragen zur (psychischen) Gesundheit sein, einer tendenziell höheren Verantwortlichkeit bei Frauen gegenüber der eigenen Gesundheit (Vorsorgeuntersuchungen) entspringen und schliesslich Folge höherer Lebenserwartung (Spitalaufenthalte) sein.

Konkret berichtet jede siebte (14 %) im Kanton Zürich wohnhafte Frau, aber nur jeder zwölfte Mann (8 %) von einem Spitalaufenthalt in den vergangenen zwölf Monaten. Fast 30 % der Frauen, aber lediglich knapp 23 % der Männer haben im gleichen Zeitraum mehr als zweimal einen Arzt oder eine Ärztin aufgesucht. Medikamente (ohne psychoaktive Substanzen wie Antidepressiva, Beruhigungsmittel, Schlafmittel usw.) haben 41 % der Frauen und 36 % der Männer eingenommen. Und in Behandlung wegen einem psychischen Problem sind mehr als 8 % der Frauen, aber nicht mal 5 % der Männer.

Zürcherinnen und Zürcher im Rentenalter berichten ebenfalls überdurchschnittlich häufig von einem Spitalaufenthalt (18 %) und insbesondere einem längeren, d.h. länger als fünf Tage dauernden Spitalaufenthalt (9 %), genauso wie von mehreren Arztkonsultationen (37 %). Über 62 % der Rentnerinnen und Rentner nehmen darüber hinaus (nicht-psychoaktive) Medikamente zu sich. Nichterwerbstätige im erwerbsfähigen Alter sowie Arbeitslose stechen hier ebenfalls hervor (siehe Abb. 27). Knapp 19 % von ihnen sind laut eigenen Angaben wegen einem psychischen Problem in Behandlung, rund 31 % berichten von mehreren Arztkonsultationen und fast 16 % von einem Spitalaufenthalt in den vergangenen zwölf Monaten.

**Abbildung 27**

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen,  
Gesamtbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich



■ Längere Spitalaufenthalte (6+ Tage letzte 12 Mte.)

■ Wegen psychischem Problem in Behandlung

■ Spitalaufenthalt (letzte 12 Mte.)

■ Mehrere Arztkonsultationen (3+ letzte 12 Mte.)

■ Medikamente, aber keine psychoaktiven Substanzen (letzte 7 Tage)

Darüber hinaus nehmen Arztkonsultationen und Medikamentenkonsum mit zunehmender Bildung an Häufigkeit stetig ab (siehe Abb. 27). Von mehreren Arztbesuchen berichten mehr als ein Drittel der wenig Gebildeten (34 %), aber nur rund ein Fünftel der hoch bis sehr hoch Gebildeten (21 %) im Kanton Zürich. Nicht-psychoaktive Medikamente nehmen fast die Hälfte (49 %) der wenig Gebildeten, aber nur gut ein Drittel (35 %) der hoch Gebildeten zu sich. Spitalaufenthalte oder Behandlungen infolge psychischer Probleme hingegen sind nicht weniger häufig mit höherer Bildung.

### 6.2 Vorsorgeuntersuchungen

Manche Arztkonsultationen oder auch (ambulante) Spitalaufenthalte dienen nicht therapeutischen oder diagnostischen Zwecken im Falle von gesundheitlichen Beschwerden, Krankheiten oder Unfällen, sondern stattdessen der Vorsorge oder Frühdagnostik. Dazu zählen etwa die regelmässig, meist jährlich stattfindenden gynäkologischen Untersuchungen und Gebärmutterhalsabstriche von und bei Frauen, aber auch andere spezifische Vorsorgeuntersuchungen, die ab einem gewissen Alter und/oder bei bestimmten Symptomen und Risiken empfohlen werden wie etwa Blutdruck-, Cholesterin-, Blutzucker- oder Augendruckmessungen insbesondere bei Risikopatienten mit familiären Vorbelastungen, Übergewicht usw., genauso wie die Mammografie bei Frauen ab 50 Jahren oder die Prostatauntersuchung bei Männern mit Auffälligkeiten oder Beschwerden beim Wasserlassen.

Bestimmte einzelne solcher Vorsorgeuntersuchungen mögen vom Geschlecht, Alter oder familiärer Vorbelastung und natürlich von gewissen Symptomen oder Beschwerden bestimmt sein. In der Summe und über einen Zeitraum von 12 Monaten jedoch offenbart die individuelle Häufung bzw. eine verstärkte Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen womöglich auch ein verstärktes Gesundheitsbewusstsein bzw. eine erhöhte Aufmerksamkeit der eigenen Gesundheit gegenüber und wird damit zu einem eigentlichen Gesundheitsverhalten, welches je nach Lebenssituation und sozialen Merkmalen variiert.

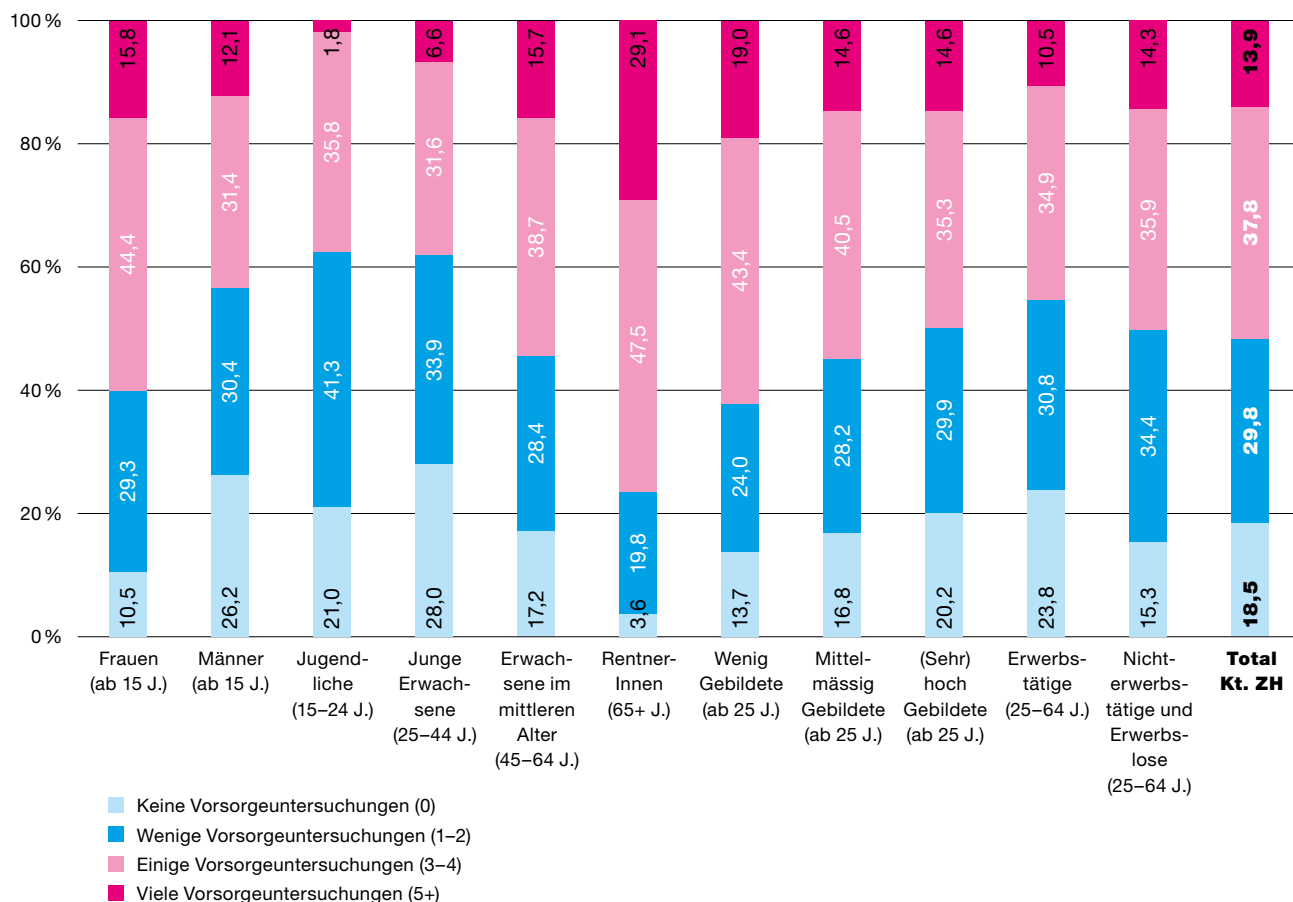
Tatsächlich unterscheidet sich die Häufigkeit von Vorsorgeuntersuchungen im Jahresverlauf zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich mitunter stark. Gefragt wurde je nach Geschlecht und Alter insgesamt jeweils nach der letzten der folgenden zwölf Vorsorgeuntersuchungen bzw. -massnahmen:

- Blutdruckmessung
- Cholesterinspiegelmessung
- Blutzuckermessung
- Messung der Knochendichte (Männer ab 55 J., Frauen ab 45 J.)
- Prostatauntersuchung (Männer ab 40 J.)
- Gebärmutterhalsabstrich (Frauen ab 20 J.)
- Mammografie (Frauen ab 20 J.)
- Hautuntersuchung
- Hämo occult-Test (Männer und Frauen ab 40 J.)
- Darmspiegelung (Männer und Frauen ab 40 J.)
- HIV-Test (Männer und Frauen zwischen 16 und 74 J.)
- Grippeimpfung

Die Summe aller innert Jahresfrist beanspruchten Vorsorgeuntersuchungen (inkl. Grippeimpfung) pro Person reicht in der Zürcher Stichprobe bzw. in der Wohnbevölkerung des Kantons Zürich von 0 bis 10, wobei rund ein Drittel der Bevölkerung (34 %) keine oder lediglich eine Untersuchung und nur eine kleine Minderheit (rund 4 %) sechs oder mehr Untersuchungen hat machen lassen (nicht abgebildet).

**Abbildung 28**

Anzahl Vorsorgeuntersuchungen (in den letzten 12 Monaten), Gesamtbevölkerung und einzelne Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich



Konkret haben knapp 19 % aller im Kanton Zürich wohnhaften Personen in den vergangenen 12 Monaten vor der Befragung überhaupt keine dieser Vorsorgeuntersuchungen durchführen lassen (siehe Abb. 28). Zusätzliche 30 % haben eine oder zwei dieser Untersuchungen gemacht. Weitere 38 % haben immerhin drei bis vier davon machen lassen. Und rund 14 % berichten von mindestens fünf Vorsorgeuntersuchungen.

Dabei nehmen Frauen deutlich eher und mehr Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch als Männer (siehe Abb. 28). Lediglich jede zehnte Zürcherin, aber mehr als jeder vierte Zürcher hat in den vergangenen 12 Monaten vor der Befragung überhaupt keine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen. Gleichzeitig haben rund 60 % der Frauen, aber lediglich 43 % der Männer mehr als zwei Untersuchungen vorgenommen. Vorsorgeuntersuchungen häufen sich ausserdem mit zunehmendem Alter. Dies auch deshalb, weil viele der berücksichtigten Vorsorgeuntersuchungen erst ab einem gewissen Alter überhaupt angezeigt sind und daher auch erst ab einem gewissen Alter erfragt wurden (siehe Abb. 28). Aber nicht nur einzelne spezifische Untersuchungen nehmen mit zunehmendem Alter an Wahrscheinlichkeit oder vielmehr Häufigkeit stetig zu, sondern insbesondere auch kumulierte Voruntersuchungen. Lediglich 2 % der Jugendlichen, knapp 7 % der jungen Erwachsenen, rund 16 % der Erwachsenen im mittleren Alter und immerhin 29 % der Rentnerinnen und Rentner berichten von fünf oder mehr Vorsorgeuntersuchungen (siehe Abb. 28). Umgekehrt nimmt mit zunehmender Bildung der Anteil jener ohne jegliche oder mit nur wenigen vereinzelt Voruntersuchungen kontinuierlich zu, wenn auch nur leicht (siehe Abb. 28). Dies hat v.a. auch damit zu tun, dass höher Gebildete insgesamt etwas jünger sind oder vielmehr einen geringeren Anteil an Rentnern aufweisen als weniger Gebildete.

Ein weibliches Geschlecht, ein höheres Alter und ein tieferes Bildungsniveau erhöhen also die Wahrscheinlichkeit für Vorsorgeuntersuchungen. Kumulieren sich diese (Risiko-)Merkmale, so erhöht sich entsprechend auch die Wahrscheinlichkeit von Vorsorgeuntersuchungen (siehe Tab. 11). Fast 78 % aller wenig gebildeten Zürcher Frauen im Rentenalter nahmen innert Jahresfrist mindestens drei Vorsorgeuntersuchungen wahr. Bei (sehr) hoch gebildeten Männern zwischen 25 und 44 Jahren als der anderen Extremgruppe waren es gerade mal 23 % (siehe Tab. 11). Überhaupt keine oder nur vereinzelte Voruntersuchungen machen umgekehrt lediglich 22 % der Rentnerinnen mit geringem Bildungsniveau, aber 77 % der zumeist erwerbstätigen Männer zwischen 25 und 44 Jahren mit (sehr) hoher Bildung (siehe Tab. 11). Im Extremgruppenvergleich zeigen sich also die akzentuierten Unterschiede zwischen den beiden Bevölkerungsgruppen und in Abweichung von entsprechenden Referenzgruppen der Allgemein- bzw. Gesamtbevölkerung des Kantons Zürich.

**Tabelle 11**

Anzahl Vorsorgeuntersuchungen in den letzten 12 Monaten, Extremgruppen und Referenzgruppen im Kanton Zürich

	Extremgruppen		Referenzgruppen		
	Wenig gebildete ältere Frauen (ab 64 Jahren)	Hoch gebildete jüngere Männer (zwischen 25 und 44 Jahren)	Wohn- bevölkerung Kanton Zürich ab 45 Jahren	Wohn- bevölkerung Kanton Zürich ab 25 Jahren	Wohn- bevölkerung Kanton Zürich ab 15 Jahren
<b>Bevölkerungsanteil</b>	3,4 %	12,4 %	54,2 %	89,6 %	100 %
(Stichprobengrösse)	(N = 71)	(N = 226)	(N = 1 207)	(N = 1 858)	(N = 2 056)
<b>Anzahl Vorsorgeuntersuchungen</b> (letzte 12 Mte.)					
Keine (0)	<b>2,9 %</b>	<b>39,2 %</b>	11,8 %	18,2 %	18,5 %
Wenige (1–2)	<b>19,6 %</b>	<b>38,0 %</b>	25,0 %	28,5 %	29,8 %
Einige (3–4)	<b>55,2 %</b>	<b>20,6 %</b>	42,2 %	38,0 %	37,8 %
Viele (5 +)	<b>22,4 %</b>	<b>2,2 %</b>	21,0 %	15,3 %	13,9 %

Datenquelle: **SGB 2017** (gewichtete Daten); % = gewichtete Prozentwerte, N = ungewichtete Fallzahlen

### 6.3 Zusammenfassung

Einzelne wie kumulierte Gesundheitsleistungen in Form von Arztkonsultationen, Spitalaufenthalten, Medikamenten oder Vorsorgeuntersuchungen nehmen manche Bevölkerungssegmente im Kanton Zürich klar eher bzw. häufiger in Anspruch als andere. Die Unterschiede zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen innerhalb des Kantons Zürich sind dabei deutlich grösser als der Unterschied zwischen dem Kanton Zürich und der übrigen Deutschschweiz, in welcher insgesamt tendenziell etwas mehr und häufiger Gesundheitsleistungen beansprucht werden als im Kanton Zürich.

Alles in allem beanspruchen im Kanton Zürich Rentnerinnen und Rentner sowie Arbeitslose und Nichterwerbstätige (im Erwerbsalter), weniger Gebildete sowie Frauen generell überdurchschnittlich viele Gesundheitsleistungen. Männer, Jugendliche unter 25 Jahren und vor allem jüngere Personen zwischen 25 und 44 Jahren sowie (sehr) hoch gebildete und erwerbstätige Zürcherinnen und Zürcher nehmen demgegenüber vergleichsweise wenig Gesundheitsleistungen in Anspruch. Dieser Befund ist nicht wirklich überraschend und bestätigt nur einmal mehr, dass Geschlecht, Alter, Bildung und Erwerbsstatus wichtige soziale Unterscheidungsmerkmale im Hinblick auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung darstellen und dabei mindestens innerhalb der (deutschsprachigen) Schweiz entscheidender sind als der Wohnkanton.

# Bisherige Gesundheitsberichte

1994	<b>Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen</b>
1999	<b>Gesundheit im Kanton Zürich, Bericht und Massnahmen 1999</b>
1999	<b>Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich</b>
2002	<b>Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich</b>
2004	<b>Arbeit und Gesundheit im Kanton Zürich</b> Befragungsergebnisse zu Arbeitsbedingungen, Work-Life Balance und Befindlichkeit
2005	<b>Gesundheit von Müttern und Kindern unter sieben Jahre</b> Ein Bericht aus dem Kanton Zürich
2007	<b>Gesundheit im Kanton Zürich 2000 – 2006</b>
2008	<b>Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich</b>
2009	<b>Krebs im Kanton Zürich. Ein Bericht des Krebsregisters</b>
2013	<b>Übergewicht und Adipositas im Kanton Zürich</b>
2014	<b>Gesundheit im Kanton Zürich, Band 1 + 2</b> Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 und Entwicklungen seit 2007
2016	<b>Soziale Beziehungen und Gesundheit im Kanton Zürich</b>
2018	<b>Gesundheit von Beschäftigten in Gesundheitsberufen</b>
2020	<b>Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Zürcher Bevölkerung</b>



**Universität  
Zürich** <sup>UZH</sup>

**Herausgeberin:** Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich (vormals Institut für Sozial- und Präventivmedizin).

Die Aussagen der Berichte müssen sich nicht notwendigerweise mit den Meinungen der Gesundheitsdirektion oder des Institutes decken. Die inhaltliche Verantwortung liegt ausschliesslich bei der Autorschaft.

## Impressum

**Autor:** Oliver Hämmig **Herausgeberin:** Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich

**Redaktion:** Oliver Hämmig, Christiane Meier, Sibylle Brunner, Daniel Winter **Umschlagfoto:** iStock; Anna Bryukhanova

**Korrekte Zitierweise für diesen Bericht:** Hämmig O. (2020). Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Zürcher Bevölkerung. Zürich: Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich.



